

ve el hematoma posimplante en un 10% (52 pacientes). La estancia media en UCI fue 52 horas. Seguimiento por nuestra parte en consulta a la semana, al mes, tres meses, seis meses, nueve meses y al año.

**Conclusiones:** El conocimiento y manejo de arritmias graves junto con la implantación y seguimiento de los dispositivos de electroestimulación cardíaca forma parte de la labor asistencial de la UCI del Hospital Santa Ana de Motril.

## Pósteres orales

### Donación/Trasplantes

#### 068. OPINIÓN DE LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTENSIVA SOBRE EL FINAL DE VIDA Y LA DONACIÓN EN LOS PACIENTES CRÍTICOS. ¿DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS?

Sandiumenge Camps A<sup>a</sup>, Lomero Martínez MM<sup>b</sup>, Sánchez Ibáñez J<sup>c</sup>, Seoane Pillado T<sup>d</sup>, Montaña Carreras X<sup>e</sup>, Molina Gómez JD<sup>f</sup>, Masnou Burralló N<sup>g</sup>, Bodi Saera M<sup>h</sup> y Pont Castellana T<sup>i</sup>. *Grupo de investigación: Grupo de Donación y Trasplante*

<sup>a</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. <sup>b</sup>Council of Europe en Strasburg. <sup>c</sup>Hospital Universitario de A Coruña en A Coruña. <sup>d</sup>Universidad de A Coruña en A Coruña. <sup>e</sup>Magnore en Tarragona. <sup>f</sup>Hospital Universitario Josep Trueta en Gerona. <sup>g</sup>Hospital Universitario Joan XXIII en Tarragona.

**Objetivos:** La reciente implementación de programas de donación en asistolia (DA) y cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD) en España, ha suscitado un intenso debate ético entre nuestros profesionales sobre su integración como parte de los cuidados al final de vida (CFV). Evaluamos la evolución en la percepción, actitud y conocimiento de los intensivistas respecto al tema.

**Métodos:** Entre 2015 y 2019 un total 559 intensivistas trabajando en 171 UCIs españolas contestaron una encuesta online antes y después de la realización de un curso on-line sobre CFV y donación. Analizamos las respuestas referentes a CFV, DA y CIOD de la encuesta preformación de las últimas 7 ediciones del curso.

**Resultados:** El 94,5% de los encuestados (66% mujeres, 49,2% > 10 años de experiencia profesional y 20,4% coordinadores de trasplantes) trabajaban en centros de donación (58,1% DA-) y el 58,7% en hospitales trasplantadores. Se observa una tendencia a la percepción positiva de la utilidad de los registros de voluntades anticipadas (p = 0,05) coincidiendo con el aumento en su consulta (41% vs 60%, p ≤ 0,001). A pesar de referir que los CFV son una práctica cada vez más habitual en sus UCI (68,4% vs 81,4%, p ≤ 0,001) y que aumenta su aplicación siguiendo protocolos o consensos (86,7% vs 93,9%; p = 0,019), existe una tendencia creciente de nuestros profesionales a sentirse incómodos hablando con los familiares sobre el tema (11,6% vs 28,6%; p = 0,005). Observamos una actitud ascendente a favor de incorporar la donación de órganos y tejidos al plan de CFV (88,4% vs 98,6%; p = 0,002) que coincide con un mayor conocimiento de los diferentes tipos de DA (52,6% vs 85,7%; p = 0,014) y su regulación legal (83,2% vs 91,4%, p = 0,005) en nuestro país. Así mismo, de forma creciente se considera pertinente el ingreso pacientes en UCI con finalidad de donación (89,5% vs 95,7%, p = 0,197).

**Conclusiones:** La incorporación de la donación como parte de los cuidados al final de la vida está cada vez más integrada en nuestros intensivistas. Sin embargo, es necesario seguir profundizando en las áreas de malestar manifestadas por los profesionales e incidir en la formación.

#### 069. MALONDIALDEHÍDO: ¿ESTAMOS ANTE UN NUEVO MARCADOR DE FUNCIONALIDAD HEPÁTICA EN LA DAC?

Palomo López N<sup>b</sup>, Mendoza Prieto M<sup>a</sup>, Ruiz de Azúa López Z<sup>a</sup>, Martín Villén L<sup>a</sup>, Pacheco Sánchez M<sup>c</sup>, Sempere Bordes L<sup>d</sup>, Daga Ruiz D<sup>e</sup>, Gordillo Brenes A<sup>f</sup>, Rodríguez Rodríguez A<sup>g</sup> y Egea Guerrero JJ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. <sup>b</sup>Royal Brompton and Harefield Hospital. NHS Foundation Trust en Londres. <sup>c</sup>Coordinación Sectorial Trasplantes Sevilla-Huelva en Sevilla. <sup>d</sup>BIS/CSIC/Universidad de Sevilla en Sevilla. <sup>e</sup>Coordinación Sectorial de Trasplantes de Málaga en Málaga. <sup>f</sup>Coordinación Sectorial de Trasplantes de Cádiz en Cádiz.

**Objetivos:** Cuantificar y correlacionar la evolución de las enzimas hepáticas durante la donación en asistolia controlada (DAC), con marca-

dores de estrés oxidativo mediante la determinación de malondialdehído (MDA).

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se incluyeron los donantes de DAC desde 3/18 hasta el 12/19, mantenidos mediante perfusión regional normotérmica. Se realizaron extracciones sanguíneas basales, a los 30 y a los 60 min de comenzado el proceso de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Dichas extracciones fueron sometidas a determinación de enzimas hepáticas (GPT y GGT) y bilirrubina, así como a la cuantificación de MDA. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales y causa de la LET. Estudio descriptivo mediante frecuencias para las cualitativas y mediante mediana y rango intercuartílico las cuantitativas. Test  $\chi^2$  para variables cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas. Correlación mediante r de Pearson. Se consideró cuando p < 0,05.

**Resultados:** Se reclutaron 21 donantes, 13 (61,9%) fueron varones, con una mediana de edad de 61,5 años (53,50-67,75). Entre las causas LET, 42,9% fueron por encefalopatía anóxica, seguido por AVC hemorrágico. Variables de correlación se encuentran en la tabla, donde destaca la correlación positiva significativa entre la determinación de MDA y enzimas hepáticas y bilirrubina.

Correlación entre marcadores hepáticos usados para la valoración del injerto durante la preservación regional normotérmica y el estrés oxidativo

r2	MDA 0'	p	MDA 30'	p	MDA 60'	p
Bilirrubina 0'	0,64	0,01	0,63	0,02	0,7	0,01
Bilirrubina 30'	0,63	0,01	0,64	0,01	0,66	0,01
Bilirrubina 60'	0,64	0,02	0,67	0,08	0,67	0,02
GPT 0'	0,64	0,002	0,65	0,002	0,61	0,01
GPT 30'	0,56	0,01	0,63	0,004	0,59	0,01
GPT 60'	0,48	0,05	0,67	0,009	0,50	0,048

Tabla 1: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Variables	
Tabaco n(%)	9 (42,8)
Alcohol n(%)	6 (28,57)
HTA n(%)	18 (85,7)
DM n(%)	6 (28,5)
Hepatopatía n(%)	4 (19)
Nefropatía n(%)	1 (4)
Cardiopatía n(%)	7 (33,3)
Respiratoria n(%)	2 (9,5)
Causa que motiva la LET. n(%)	
* Encefalopatía	9 (42,8)
Anóxica	
* AVC hemorrágico	9 (42,8)
* Otras causas	3 (14,4)

Tabla 2. Correlación entre marcadores hepáticos usados para la valoración del injerto durante la preservación regional normotérmica y el estrés oxidativo. GPT: Alanino Aminotransferasa. GGT: Gamma Glutamil Transferasa. MDA: Malondialdehído.

r <sup>2</sup>	MDA 0'	p	MDA 30'	p	MDA 60'	p
Bilirrubina 0'	0,637	0,014	0,627	0,016	0,698	0,008
Bilirrubina 30'	0,632	0,012	0,638	0,010	0,662	0,010
Bilirrubina 60'	0,644	0,018	0,699	0,08	0,668	0,018
GPT 0'	0,644	0,002	0,652	0,002	0,606	0,006
GPT 30'	0,560	0,010	0,628	0,004	0,588	0,008
GPT 60'	0,478	0,052	0,626	0,009	0,501	0,048
GGT 0'	0,518	0,048	0,274	0,344	0,406	0,150
GGT 30'	0,597	0,019	0,372	0,191	0,372	0,191
GGT 60'	0,060	0,853	0,085	0,804	0,087	0,799

**Conclusiones:** La correlación positiva entre el MDA y los valores de funcionalidad hepática, permitiría establecer una valoración objetiva de la viabilidad y funcionalidad hepática de dicho injerto. En caso de

confirmarse, podríamos estar ante una herramienta útil en la toma de decisión sobre la funcionalidad del injerto hepático.

Financiada por: Fundación Mutua Madrileña.

#### 070. POTENCIAL PAPEL INMUNOMODULADOR DE LA MELATONINA EN LA ISQUEMIA TISULAR RESULTANTE EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA: VALORACIÓN MEDIANTE BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO

Mendoza Prieto M<sup>a</sup>, Palomo López N<sup>b</sup>, Ruíz de Azúa López Z<sup>a</sup>, Martín Villén L<sup>a</sup>, Pacheco Sánchez M<sup>a</sup>, Sempere Bordes L<sup>c</sup>, Daga Ruiz D<sup>d</sup>, Gordillo Brenes A<sup>e</sup>, Rodríguez Rodríguez A<sup>b</sup> y Egea Guerrero JJ<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. <sup>b</sup>Royal Brompton and Harefield Hospital en Londres. <sup>c</sup>IBIS/CSIC/Universidad de Sevilla en Sevilla.

<sup>d</sup>Coordinación Sectorial de Trasplantes de Málaga en Málaga. <sup>e</sup>Coordinación Sectorial de Trasplantes de Cádiz en Cádiz.

**Objetivos:** Cuantificar el estrés oxidativo resultante de la isquemia-reperusión que sufren los órganos donados tras la donación en asistolia controlada (DAC) mediante la determinación de proteínas carboniladas (PtCB), así como su modulación tras la administración de melatonina.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego. Se incluyen los donantes de DAC de marzo 2018 a diciembre 2019. Se establecen dos grupos: melatonina y control a los que se les administró, previo a limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), 30 mg de melatonina o placebo. Se realizaron extracciones sanguíneas basales, a los 30 y a los 60 min desde la melatonina/placebo, cuantificándose niveles de PtCB. Se calculó la diferencia de concentración de PtCB en los intervalos 0-30' y 0-60'. Se recogieron antecedentes personales, variables demográficas y causa de LTSV de los donantes. Variables cualitativas descritas mediante frecuencias; cualitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Test  $\chi^2$  para cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas.

**Resultados:** Se reclutaron 21 pacientes, 8 en el grupo melatonina y 13 en el grupo control. En la tabla se muestran datos demográficos, causa de LTSV y evolución temporal de niveles de PtCB en ambos grupos, observándose una mayor modulación de la reducción de los valores de PtCB en el grupo que recibió melatonina, con una relación significativa en el intervalo 0-60'.

**Conclusiones:** Gracias a su efecto antioxidante, la administración de melatonina puede resultar en una disminución del estrés oxidativo mediante la reducción de los niveles de PtCB y por tanto, en una reducción de su impacto negativo.

Financiada por: Fundación Mutua Madrileña. Código AP166562017.

#### 071. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL TRASPLANTE RENAL: ¿DIFERENCIAS SEGÚN EL TIPO DE DONACIÓN?

Mendoza Prieto M<sup>a</sup>, Palomo López N<sup>b</sup>, Ruíz de Azúa López Z<sup>a</sup>, Martín Villén L<sup>a</sup>, Pacheco Sánchez M<sup>a</sup>, Sempere Bordes L<sup>c</sup>, Daga Ruiz D<sup>d</sup>, Gordillo Brenes A<sup>e</sup>, Rodríguez Rodríguez A<sup>b</sup> y Egea Guerrero JJ<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. <sup>b</sup>Royal Brompton and Harefield Hospital en Londres. <sup>c</sup>IBIS/CSIC/Universidad de Sevilla en Sevilla.

<sup>d</sup>Coordinación Sectorial de Trasplantes de Málaga en Málaga. <sup>e</sup>Coordinación Sectorial de Trasplantes de Cádiz en Cádiz.

**Objetivos:** Analizar la evolución de la función renal en los receptores renales procedentes de donación en asistolia controlada (DAC) y muerte encefálica (ME) en el primer mes postrasplante.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo y analítico en el que se incluyen los donantes de riñón de DAC y ME desde marzo 2018 hasta diciembre 2019. Se realizaron extracciones sanguíneas a las 24 horas y al mes del trasplante en todos los receptores renales. Dichas determinaciones fueron sometidas a determinación de valores de creatinina. Se recogen antecedentes personales, variables demográficas y causas de exitus/LTSV de los donantes. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias; las cualitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Test  $\chi^2$  para variables cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas. Se consideraron significativos valores  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyen 45 pacientes, 25 de donación en ME y 20 en DAC. En la tabla se muestran los antecedentes personales, variables demográficas, causa de exitus/LTSV y los valores de creatinina de los receptores. Se puede observar una mayor reducción de forma significativa en los valores de creatinina al mes del trasplante en el grupo ME respecto al DAC.

Características de los donantes			
Variables	ME	DAC	p
Varones; n (%)	11 (44)	11 (55)	0,463
Edad; mediana (RI)	51 (39,50, 64)	59 (55,25, 61)	0,065
Causa exitus/LTSV; n (%)			
TCE	8 (32)	2 (10)	0,001
AVC hemorrágico	8 (32)	4 (20)	
HSA	5 (20)	0 (0)	
HIP	2 (8)	3 (15)	
Encefalopatía anóxica	0 (0)	9 (45)	
Otros	2 (8)	2 (10)	
Tabaquismo; n (%)	9 (36)	9 (45)	0,540
Alcohol; n (%)	7 (28)	7 (35)	0,614
HTA; n (%)	11 (44)	15 (75)	0,036
DM; n (%)	0 (0)	2 (10)	0,106
IMC > 30; n (%)	2 (8)	0 (0)	0,196
Características de los receptores			
Variables	ME	DAC	p
Varones; n (%)	16 (64)	16 (80)	0,239
Edad; mediana (RI)	53 (44, 60,50)	53,50 (46, 60,25)	0,936
Cr 24h; mediana (RI)	4,05 (2,06-6,41)	5,26 (3,43-7,72)	0,083
Cr al mes; mediana (RI)	1,38 (0,98-1,82)	1,61 (1,38-2,45)	0,041

**Conclusiones:** En los receptores renales procedentes de ME se observa una mejor evolución de la función respecto al grupo de DAC en el primer mes postrasplante, que podría justificarse por el menor daño por isquemia-reperusión que tiene lugar en la donación en ME.

Financiada por: Fundación Mutua Madrileña. Código AP166562017.

#### 072. FACTORES ASOCIADOS A LA DONACIÓN HEPÁTICA EFECTIVA

Mendoza Prieto M<sup>a</sup>, Martín Villén L<sup>a</sup>, Ruíz de Azúa López Z<sup>a</sup>, Huet Ruiz-Matas J<sup>b</sup>, Vilches Arenas A<sup>c</sup> y Egea Guerrero JJ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. <sup>b</sup>Coordinación Autónoma de Trasplantes de Andalucía en. <sup>c</sup>Universidad de Sevilla en Sevilla.

Tabla Póster 070

	Melatonina	Placebo	p
Varones n (%)	6 (75%)	7 (53,8)	0,231
Edad (mediana, RI)	61,50 (53,50, 67,75)	61 (53, 68,5)	0,675
Tabaco n (%)	5 (62,5)	4 (32,8)	0,160
HTA n (%)	7 (87,5)	11 (84,6)	0,916
DM n (%)	2 (25)	4 (30,8)	0,782
Hepatopatía n (%)	2 (25)	2 (15,4)	0,595
Nefropatía n (%)	1 (12,5)	0 (0)	0,202
Cardiopatía n (%)	3 (37,5)	4 (30,8)	0,706
Respiratoria n (%)	0 (0)	2 (15,4)	0,225
Causa LTSV n (%)	Encefalopatía anóxica	3 (50)	6 (38,5)
	AVC hemorrágico	4 (37,5)	5 (46,2)
	Otras causas	1 (12,5)	2 (15,4)
PtCB			
Diferencia 0-30'	-3,68 (-14,38, -1,25)	-1,70 (-4,52, -0,71)	0,058
Diferencia 0-60'	-1,86 (-12,74, -1,00)	-0,75 (-1,49, -0,42)	0,009

**Objetivos:** Analizar los factores asociados al trasplante hepático de los donantes de órganos de Andalucía.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron todos los donantes de órgano sólido de Andalucía entre 2006 y 2018, analizados según su efectividad hepática. Se recogen variables demográficas, antecedentes personales y datos analíticos de función hepática. Variables cualitativas descritas con frecuencias; cuantitativas con mediana y rango intercuartílico (RI). Análisis multivariante por regresión logística de factores independientes relacionados con la efectividad del trasplante hepático.

**Resultados:** Se incluyen un total de 4126 donantes, 3384 (82%) de ellos donantes hepáticos eficaces; 2424 fueron efectivos. Características de ambos grupos se muestran en la tabla 1. En el análisis multivariante (tabla 2), se observa una mayor asociación a ser un donante hepático efectivo el tipo de donante (ME), la ausencia de consumo de alcohol y de DM y una relación inversamente proporcional con la edad, IMC y parámetros analíticos como la GOT y el INR. Análisis ROC-AUC de 0,758 [IC95% 0,735-0,780;  $p < 0,001$ ].

Tabla 1. Características de los donantes

	No efectivo	Efectivo
Varón	1.087 (63,9)	1.388 (57,3)
Edad	62 (52-71)	58 (45-69)
Donante ME	1.306 (76,7)	2.299 (94,8)
HTA	695 (40,8)	891 (36,8)
DM	328 (19,3)	285 (11,8)
Tabaquismo	365 (21,4)	479 (19,8)
Alcoholismo	247 (14,5)	151 (6,2)
GOT	37 (23-71)	30 (20-52)
GPT	31 (19-61)	26 (16-45)
Bilirrubina total	0,7 (0,4-1,1)	0,6 (0,4-0,9)

Tabla 2. Análisis multivariante

	OR	IC95%	p
Edad	0,966	0,959-0,974	0,000
Tipo donante			
ME	6,863	4,743-9,929	0,000
Asistolia	1		
DM			
No	1,752	1,337-2,295	0,000
Sí	1		
Alcoholismo			
No	3,140	2,260-4,361	0,000
Sí	1		
IMC	0,938	0,916-0,961	0,000
INR	0,700	0,589-0,833	0,000
GOT	0,994	0,993-0,996	0,000

**Conclusiones:** En Andalucía, de 2006 a 2018, el ser joven, sin antecedentes de DM ni consumo de alcohol, y donar en ME son factores independientes asociados a la donación hepática efectiva.

Financiada por: financiación parcial por Fundación Mutua Madrid.

## Pósteres orales

### Hematología/Transfusiones/Hemoderivados

#### 073. FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE PRECISAN INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Díaz Lagares C<sup>a</sup>, García Roche A<sup>a</sup>, Pacheco A<sup>a</sup>, Romera I<sup>a</sup>, Saoudi N<sup>b</sup>, Ros J<sup>b</sup>, Élez E<sup>b</sup>, Roca O<sup>a</sup> y Ferrer R<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Vall d'Hebron Hospital Universitari, SODIR en Barcelona. <sup>b</sup>Vall d'Hebron Hospital Univeritari, VHIO en Barcelona.

**Objetivos:** Describir la cohorte de pacientes con neoplasia de órgano sólido que precisan ingreso en la UCI de un hospital terciario y analizar factores relacionados con la mortalidad hospitalaria.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes adultos con neoplasia de órgano sólido que requirieron ingreso en UCI entre 2010 y 2017. Se emplearon  $\chi^2$ , prueba de Fisher, prueba t de Student, U Mann-Whitney y regresión logística, según indicación. Las variables cuantitativas están expresadas como mediana (rango intercuartílico) y las categóricas como frecuencia (%).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 255 pacientes, 142 (56%) varones, con una edad de 60 (52-68) años. Las neoplasias más frecuentes fueron la pulmonar (70 [27%] pacientes) y la de colon (33 [13%] pacientes). Ciento veintiocho (50%) pacientes presentaban enfermedad metastásica. Las principales indicaciones de ingreso en UCI fueron la insuficiencia respiratoria (89 [35%] pacientes) y la inestabilidad hemodinámica (52 [21%] pacientes). En el momento del ingreso en UCI el SOFA era de 6 (3-8) y 32 (13%) pacientes estaban neutropénicos. Al ingreso, 97 (38%) pacientes recibieron tratamiento con cánulas nasales de alto flujo (CNAF) y 80 (31%) ventilación mecánica (VM). Cuarenta y seis (18%) pacientes tratados con CNAF al ingreso tuvieron una mala evolución, procediéndose a intubación en 35 (14%) pacientes. Durante el ingreso en UCI, 159 (63%) pacientes requirieron fármacos vasoactivos y en 23 (9%) pacientes fue necesario iniciar terapia de reemplazo renal. En la UCI fallecieron 74 (29%) pacientes y 32 (12%) tras ser dados de alta a la planta. Tras el análisis multivariante, la necesidad de VM (OR 2,7; IC95% 2,6-17,1) y la ausencia de descenso del SOFA el día 5 de ingreso en UCI (OR 5,1; IC95% 1,9-13,9) se relacionaron con una mayor mortalidad hospitalaria.

**Conclusiones:** La mortalidad hospitalaria de los pacientes oncológicos críticos sigue siendo elevada, dependiendo más de la gravedad del proceso agudo y no de la enfermedad de base.

#### 074. INCIDENCIA DE TROMBOSIS EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN GRAVE POR COVID-19 TRATADOS CON DOSIS INTERMEDIAS DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR

Reyes Kim K, Mesquida Febrer J, Muñoz Marín L, Perea Durán G y Subirana Bofill R  
Hospital Universitari Parc Taulí en Sabadell.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de trombosis y de complicaciones hemorrágicas en pacientes (pcs) ingresados en la UCI con neumonía por COVID-19, tratados con dosis intermedias de heparina de bajo peso molecular (HBPMDI). Definir los principales factores que se asocian a eventos trombóticos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte de pcs ingresados en la UCI con neumonía por COVID-19 entre agosto y noviembre del 2020. Todos los pcs recibieron profilaxis con HBPMDI al ingreso. Se recogieron variables demográficas y valores analíticos. Los valores de dímero D (DD) se codificaron en DD < 3.000 y DD > 3.000 ng/mL. En el análisis estadístico las variables cualitativas se expresan como porcentajes y frecuencias y las variables cuantitativas como mediana y rango intercuartil. Se consideran significativos los valores de  $p < 0,05$ . El diagnóstico de trombosis se realizó con sospecha clínica y prueba de imagen: la trombosis venosa profunda (TVP) y las trombosis de catéter mediante ecografía y el TEP con TAC torácico. Los factores asociados se analizaron con un análisis multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pcs con una edad mediana de 62 (53,72), el 66% fueron hombres. El 47% requirieron ventilación mecánica (VM). La incidencia de trombosis fue del 19%. El total de eventos trombóticos fueron 23: el 89,4% (21) fueron trombosis venosas y el 10,6% (2) fueron arteriales. La incidencia de trombosis venosas fue: TEP 38%(8), trombosis catéter 38%(8), TVP EEII 24%(5); y de trombosis arteriales: IAM (1), AVC isquémico (1). En el análisis multivariante las variables que se asociaron a la trombosis fueron el DD > 3.000 (OR 4,5; IC95% 1,32 -15,4), el sexo masculino (OR 5,2; IC95% 1,04-25,9) y la VM (OR 3; IC95% 0,81-11,1). La trombosis no se asoció a un aumento de la mortalidad. La incidencia de pcs con complicaciones hemorrágicas fue del 6%, ninguna de ellas supuso un riesgo vital para el paciente.

**Conclusiones:** La incidencia de trombosis en los pcs críticos con neumonía por COVID-19 es elevada a pesar del tratamiento con HBPMDI. Los pcs tratados mediante HBPMDI presentan una incidencia baja de complicaciones hemorrágicas. El DD > 3.000, el sexo masculino y la VM se asocian a trombosis.

#### 075. TERAPIA CAR-T: EXPERIENCIA CLÍNICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Gomila Sintes C, Segarra Martínez-Sahuquillo A, Mateo Marquina L, Flores Orella M, Cerdón Abalde A, Baldirà Martínez de Irujo J, Martín Aguilar L, Caballero Gonzales A, Suárez Montero JC y Mancebo Cortés J  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.