

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^a, García Roche A^a, Pacheco A^a, Romera I^a, Saoudi N^b, Ros J^b, Élez E^b, Roca O^a y Ferrer R^a

^aVall d'Hebron Hospital Universitari, SODIR en Barcelona. ^bVall 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 χ^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 Sintés 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.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes que fueron tratados con la terapia de células T receptoras de antígeno-químico (CAR-T) dentro de un protocolo de atención multidisciplinar.

Métodos: Registro descriptivo, prospectivo, observacional durante 12 meses consecutivos, de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de linfoma B difuso de célula grande refractario o en recaída, a los que se les infundió la terapia CAR-T. El protocolo incluía un seguimiento diario de los pacientes por un equipo multidisciplinar donde participaban hematólogos, neurólogos e intensivistas desde el momento de su ingreso hasta el alta. Se registraron datos epidemiológicos y clínicos al ingreso en el hospital y en UCI, así como variables relacionadas con los efectos adversos más frecuentes: el síndrome de liberación de citoquinas (SLC) y la neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras (ICANS). Entendemos como SLC la aparición de fiebre que puede asociarse a hipotensión, hipoxia y daño orgánico. La ICANS se evalúa con una escala (ICE score) que valora la orientación, nominación, atención, escritura y la obediencia a órdenes.

Resultados: Se recogieron 10 pacientes. Uno se excluyó por progresión explosiva de su enfermedad y otro por ausencia de crecimiento de los linfocitos CAR-T. Finalmente 8 pacientes fueron registrados, con una edad media de 48 años (± 16 SD), 5 varones y 3 mujeres. El SLC se presentó en 7 pacientes, iniciándose a los 3 días ($\pm 1,4$ SD) post-infusión. Todos los pacientes con SLC presentaron fiebre y 4 asociaron hipotensión y taquicardia. El ICANS solo se presentó en 1 paciente en forma de disgrafía y afasia de expresión (grado 1), iniciándose a los 6 días post-infusión. De los 7 pacientes valorados, 3 precisaron ingreso en UCI por SLC grado 2 o superior. Uno de los pacientes precisó drogas vasoactivas, otro precisó drogas vasoactivas y tratamiento del SLC con tocilizumab y el tercero solo necesitó tratamiento con tocilizumab. El paciente que presentó el ICANS se trató con levetiracetam y tiamina. Otras complicaciones que se observaron fueron hiponatremia, hipomagnesemia e hiperuricemia. Todos los pacientes seguían vivos a los 28 días del alta hospitalaria.

Conclusiones: El síndrome de liberación de citoquinas es frecuente en los pacientes en tratamiento con la terapia CAR-T, siendo este, el efecto adverso más común de seguimiento y/o ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva.

076. TROMBOSIS, HEMORRAGIA Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE CON SDRA POR SARS-CoV-2 EN LA PRIMERA OLA (PROYECTO TROMCCO)

Marcos Neira P^a, Coluccio Pereira E^a, Nanwani Nanwani K^a, Subirana Bofill R^c, Gero Escapa M^d, Portugal Rodríguez E^e, Arriero Fernández N^f, Amézaga Menéndez R^g, Serrano Lázaro A^h y Hernando Pérez MEⁱ. *Grupo de investigación:* Proyecto TROMCCO (GT Hemoderivados y UPM)

^aUCI, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol en Badalona. ^bUCI, Hospital Universitario La Paz en Madrid. ^cUCI, Hospital Universitari Parc Taulí en Sabadell. ^dUCI, Hospital Universitario de Burgos en Burgos. ^eUCI, Hospital Universitario Clínico en Valladolid. ^fUCI, Hospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara. ^gUCI, Hospital Universitari Son Espases en Palma Mallorca. ^hUCI, Hospital Universitario Clínico en Valencia. ⁱUniversidad Politécnica (Bioingeniería y Telemedicina) en Madrid.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio (SDRA) causado por SARS-CoV-2 predispone a eventos trombóticos, secundarios a inflamación, activación plaquetaria y disfunción endotelial, pudiendo aumentar su mortalidad.

Objetivos: Determinar qué factores clínicos en el SDRA por SARS-CoV-2 se asocian con trombosis, hemorragia y mortalidad.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional en 8 UCI españolas. Criterios inclusión: neumonía SARS-CoV-2 en UCI (1era ola de la pandemia). Se estudian variables epidemiológicas, antecedentes patológicos, tratamiento anticoagulante (ACO) y antiagregante (AG) previo y var de evolución clínica. Análisis descriptivo: var cualitativas en porcentajes y cuantitativas en medias (DE) o medianas (RIQ) según normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov). Análisis univariante: test chi-cuadrado (variables cualitativas) y test t-Student o U de Mann-Whitney (variables cuantitativas).

Resultados: n = 790. Descriptivo: edad 61,6 (11,7), varones 72%, APACHE II 16,1 (7,1). obesidad (33,8%), HTA (47%), DM (22%), patología respiratoria (11%), cardiopatía isquémica (CI) (14%), ACO (5,2%), AG (12%). Ventilación mecánica (VM) (82%), días de VM (11, RIQ: 21), CNAF (47%), VMNI (34%). Prono (61%), ECMO (4,2%), sepsis (42%), TVP (8,7%), TEP

(13,5%), trombosis catéter (3,3%), ictus (2,3%). Hemorragia mayor (10%), menor (22%). Transfusión CH (28%), plasma (3,7%), plaquetas (4,7%). Mortalidad 34%. Univariante trombosis: edad [59,1 (11,1) vs 62,4 (11,8); p = 0,001], CI (p = 0,03) (8,4% vs 15,2%). Univariante hemorragia: ACO (9,4% vs 3,5%; p = 0,001). Univariante mortalidad: edad [66,6 (9,4) vs 58,9 (11,9); p < 0,001], APACHE II [18,3 (7,3) vs 14,9 (6,7); p < 0,001], HTA (56,6% vs 41,7%; p < 0,001), DM (27% vs 18,9%; p = 0,01), CI (20,3% vs 10%, p < 0,001), ACO (7,8% vs 3,7%, p = 0,02), AG (16,7% vs 8,6%, p = 0,001).

Conclusiones: La enfermedad tromboembólica es más frecuente en los pacientes jóvenes y menos frecuente en los que padecen cardiopatía isquémica. El sangrado es más frecuente en los que previo al ingreso recibían ACO. Los pacientes con mayor mortalidad son los mayores, más graves al ingreso, con HTA, DM, cardiopatía isquémica, y aquellos ACO o AG antes del ingreso.

077. ¿CÓMO TRANSFUNDIMOS A LOS TRAUMATISMOS GRAVE EN ESPAÑA?

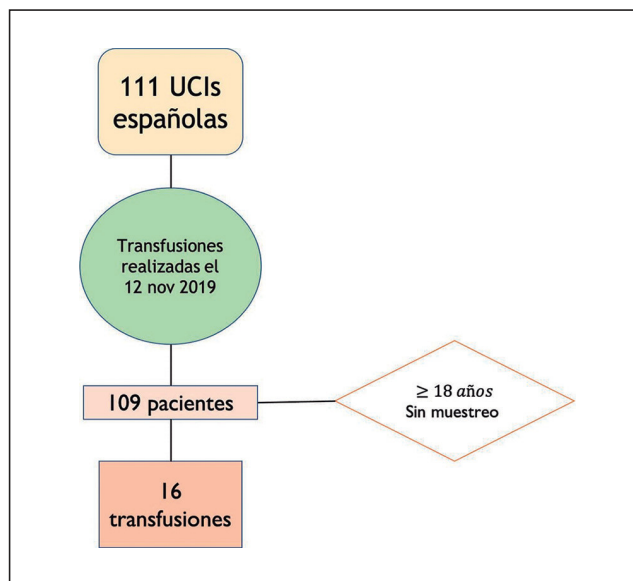
López Fernández A^a, Ramírez Cervantes K^a, Marcos Neira P^c, Gero Escapa M^d, Silva Obregón A^e, Amézaga Menéndez R^f, Serrano Lázaro A^g y Quintana Díaz M^a. *Grupo de investigación:* Instituto de Investigación La Paz

^aHospital Universitario La Paz en Madrid. ^bHospital Universitario Germans Trias i Pujol en Badalona. ^cHospital Universitario de Burgos en Burgos.

^dHospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara. ^eHospital Son Espases en Palma de Mallorca. ^fHospital Clínico Universitario de Valencia en Valencia.

Objetivos: Describir las prácticas transfusionales en pacientes traumatizados graves en las UCI y explorar variables clínicas asociadas.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 111 UCI españolas. Registrándose las prácticas de transfusión el 12/11/19 en pacientes traumatizados graves. Se incluyeron 109 pacientes sin muestreo, se estudió toda la población que cumplía los criterios de inclusión. Se realizó un análisis multivariante sobre las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariante.



Resultados: La media de edad fue 41,4 \pm 18,8 años (85,3% hombres), 81,2% en ventilación mecánica, SOFA 5,0 \pm 3,4, estancia media en UCI 13,3 \pm 20,5 días, con un ratio de mortalidad de 0,94%. El 78,3% de las UCIs tenían protocolo de transfusión masiva (PTM), 61,2% de transfusión y el 35,1% programa de Patient Blood Management (PBM). De los 109 pacientes reclutados, se transfundieron 16 (14,8%). Se transfundió con más frecuencia a las mujeres (37,5%) que a los hombres (11,9%) (p = 0,006). Muchas indicaciones de la transfusión se basaban en niveles de hemoglobina (43,7%), seguidas de anemia (37,5%); encontrando una diferencia estadística entre la indicación de transfusión con pacientes con anemia con inestabilidad hemodinámica (18,5%) frente a la basada en los niveles de hemoglobina (43,7%) (p = 0,061). Los componentes más transfundidos fueron los concentrados de hematíes (CH) (93,8%), segui-

Figura 2 Póster 077

		All patients (n =109)		Without transfusion (n=93)		With transfusion (n = 16)		P value
		Frequenc y	%	frequency	%	frequenc y	%	
Age (mean ± SD)		41.42 ± 18.82		51.85 ± 18.75		49.73 ± 20.08		0.679
Gender	Men	93	85.3 2	82	89.13	10	62.50	0.006
	Wome n	16	14,6 8	10	10.87	6	37.50	
SOFA*-score (mean ± SD)		5.04±3.46		4.81 ± 3.37		6.35 ± 3.89		0.159
ICU* stay (mean ± SD)		13.31 ± 20.53		12.89 ± 18.75		15.75 ± 29.88		0.572
Mechanical ventilation	No	45	41.2 8	42	45.64	3	18.75	0.044
	Yes	64	58.7 2	50	54.35	13	81.25	
Extrarenal purification	No	107	98.1 7	91	98.91	15	93.75	0.157
	Yes	2	1.83	1	1.09	1	6.25	
anticoagulated patient	No	102	94.4 4	86	94.51	15	93.75	0.904
	Yes	6	5.56	5	5.49	1	6.25	
anti-aggregate patient	No	101	92.6 6	88	95.65	12	75.00	0.004
	Yes	8	7.34	4	4.35	4	25.00	
ECMO*	No	107	98.1 7	90	98.90	16	100.0 0	0.674
	Yes	2	1.83	1	1.10	0	0.00	

do de plaquetas (43,8%) y de plasma fresco congelado (37,5%) con una proporción de 2:1:1. En promedio, se transfundieron $2,1 \pm 1,3$ unidades por paciente. El modelo de regresión logística mostró que el factor que más influía en la decisión eran los niveles de hemoglobina. La gravedad también fue un factor de peso asociado a la transfusión (OR = 4,05; IC95%: 1,00-17,51). Las mujeres tenían una mayor probabilidad de transfusión (casi 6 veces más que los hombres) lo que era independiente de los factores clínicos que se asociaban a la lesión.

Conclusiones: Es necesario seguir implantando los programas PBM en los hospitales que aún no lo han desarrollado. El sesgo de género encontrado debe ser estudiado para evaluar dicho efecto en la toma de decisiones sobre transfusiones en pacientes traumatizados. Aunque con gran precaución, nuestro estudio sugiere que la transfusión en una proporción de 2:1:1, podría ser eficaz para disminuir la mortalidad en los traumatismos graves.

Pósteres orales

Infeción/Antibióticos/Sepsis/FMO

078. APLICACIÓN A LARGO PLAZO DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: IMPACTO EN LA TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y POR GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES Y CONSUMO ANTIBIÓTICO

Sánchez Ramírez C^a, Hípola Escalada S^a, Morales Sirgado RE^a, Cabrera Santana M^a, Hernández Viera MA^a, Gallardo Santos ME^a, Marrero Penichet SM^a, Lübbe Vázquez CF^a, Saavedra Santana P^o y Ruiz Santana S^a

^aHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en Las Palmas de Gran Canaria. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar el efecto de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) en una UCI durante 8 años y 9 meses en la prevención de infecciones nosocomiales (IN) y por gérmenes multirresistentes (GMR) y el consumo antibiótico.

Métodos: En una UCI polivalente de 30 camas se compararon dos cohortes consecutivas, con y sin DDS del 1 octubre 2010 al 30 junio 2020. La DDS se aplicó desde 1 octubre 2011 a junio 2020 a todos los pacientes ingresados que requerían intubación endotraqueal más de 48 horas. Se aplicó 4 días de cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta oral, con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se tomaron muestras orofaríngeas, rectales al ingreso y una vez a la semana. Las variables analizadas y criterios diagnósticos aplicados son los de proyecto ENVIN-HELICS Se analizaron factores demográficos, intrínsecos y extrínsecos de riesgo de IN. Se realizó un análisis logístico univariado y un análisis de regresión logística múltiple de DDS. Se obtuvieron para cada uno de los grupos las incidencias de IN y por GMR por 1.000 días de exposición y se compararon mediante el riesgo de incidencias con su intervalo de confianza al 95%. También, se compararon los consumos antibióticos con y sin DDS.

Resultados: Ingresaron 8.325 pacientes y de ellos 577, con DDS, desarrollaron IN. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en datos demográficos ni en criterios de ingreso (tabla 1). Las INs por *Acinetobacter spp.*, la insuficiencia renal crónica, y neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), fueron factores estadísticamente independientes en el análisis multivariado (tabla 2). Hubo también disminución significativa de las infecciones por bacterias beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) p: 0,012 y BGN multirresistentes (MR) p: 0,0059, así como de la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), infección urinaria, bacteriemia secundaria nosocomial (tabla 3) y por GMR. No hubo IN por *Clostridium difficile* y disminuyó el consumo antibiótico tras DDS.

Conclusiones: La aplicación a largo plazo de DDS disminuyó de forma significativa las INs por *Acinetobacter baumannii*, gérmenes BLEE y de BGN MR. La tasa de NAV, de infección urinaria, bacteriemias secundarias nosocomiales y por GMRs también se redujeron de forma significativa. Finalmente, disminuyó el consumo antibiótico tras DDS.