

253. IMPACTO DEL BROTE EPIDÉMICO DEL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL EN LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

García Fernández E^a, Aguado Romero MJ^b, Gómez González C^a, Correa Chamorro E^a, Gallego Teixeira I^a, Cil Cumplido M^a

^aCoordinación Sectorial de Trasplantes Sevilla Huelva, Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^bCentro Regional de Transfusiones y Tejidos en Sevilla.

Objetivos: Describir el cribado de Virus del Nilo Occidental (VNO) en donantes de las provincias de Sevilla-Huelva durante el brote de infección por VNO del verano del 2020.

Métodos: Desde el 13 de agosto hasta el 30 de noviembre se cribaron en la provincia de Sevilla-Huelva a todos los donantes de órganos, tejidos y sangre. El criterio para el cribado fue la residencia o estancia en la zona de riesgo en los 28 días previos a la toma de muestras. Los hemocomponentes y tejidos donados desde el 17 de julio quedaron en cuarentena hasta pasar el cribado. La técnica empleada fue la amplificación mediada por transcripción (TMA) de Grifols Diagnostic[®]. El cribado se realizó en el Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS) de Sevilla. En 2 casos se realizó en el Hospital Virgen de la Nieves de Granada y en 4 casos en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz) mediante técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se estableció un protocolo de recogida de muestras, identificación y trazabilidad diferente para cada servicio donde se realizaba el screening ya que la disponibilidad de cada centro variaba según el horario y el día de la semana.

Resultados: Fueron cribados 35 donantes de órganos y tejidos en el área de Sevilla-Huelva. De ellos ninguno fue positivo. De las hemodonaciones se cribaron 14.322 muestras resultando positivas 4 de ellas (0,02%). De las muestras de plasma se cribaron 1.589 con solo 1 resultado positivo (0,06%). De los pacientes trasplantados desde junio a noviembre de 2020 no se notificó ningún caso en su seguimiento posterior. En la valoración previa de posibles donantes se desestimó un paciente en muerte encefálica por cuadro sospechoso de encefalitis por VNO, y se desestimaron aquellos pacientes en los que se decidió limitación del esfuerzo terapéutico en el contexto de infección por VNO. Todas las donaciones se realizaron en el tiempo estimado al haber seguido los protocolos activados.

Conclusiones: La zoonosis por VNO origina brotes estacionales importantes en nuestra zona. Aunque la incidencia entre los donantes asintomáticos es muy baja (0,02% y 0,06% en nuestras muestras), la mortalidad fue del 12,6% en este brote por lo que es necesario tener establecido en el área un protocolo de cribado y de seguimiento posterior de la actividad de donación y trasplante. La técnica de cribado mediante PCR o TMA ha demostrado ser fiable en la detención de VNO.

Pósteres online

Hematología/Transfusiones/Hemoderivados

254. MODIFICACIONES EN LA PAUTA DE ANTICOAGULACIÓN, COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS Y TROMBÓTICAS OBSERVADAS EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES CON NEUMONÍA COVID 19

Fernández Cuervo A, Marcote Denis B, Revuelto Rey J, Salas Martín J, Jiménez Guerra E y Gómez García B

Hospital Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar las complicaciones derivadas de la pauta de anticoagulación empleada y los cambios realizados en la dosis de nuestros pacientes con neumonía COVID-19.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo. Periodo analizado 2020 (desde marzo a 31 diciembre 2020). Variables analizadas: anticoagulación/antiagregación previa, pauta de anticoagulación administrada y ajustes de dosis, complicaciones trombóticas, isquémicas y hemorrágicas observadas.

Resultados: El número total de casos ingresados por neumonía COVID-19 en nuestra UCI ha sido 54. Se ha administrado 3 pautas diferentes de anticoagulación: *profiláctica (enoxaparina 40 mg/24h, pacientes sin necesidad previa de anticoagulación y sin datos clínicos/radiológicos/análisis que lo requiera); *pauta intermedia (enoxaparina 1 mg/kg/24h en pacientes con valores dímero D < 2.000 ng/mL), y *pauta plena (enoxaparina 1 mg/kg/12h en pacientes con aumento llamativo de DD o con valores DD > 2.000, o datos que lo indiquen). Se han realizado controles

antiXa en todos los casos. Previamente, 4 pacientes estaban anticoagulados y 13 antiagregados de manera domiciliaria. Al ingreso en UCI, 23 recibieron anticoagulación a dosis profiláctica, 25 a dosis intermedias y 6 dosis plenas. De la pauta inicial, 13 pacientes no recibieron modificaciones (9 mantuvieron su pauta intermedia, 2 pauta plena y 2 pauta profiláctica). Se disminuyó la dosis en 12 casos (7 de pauta intermedia a profiláctica, 3 de pauta intermedia a plena y 1 caso de pauta plena y 1 caso de pauta intermedia se suspendió la anticoagulación por presentar complicaciones). Se incrementó la terapia en 29 casos (16 pacientes con dosis profiláctica pasaron a pauta intermedia, 7 de intermedia a plena y 6 de profiláctica a pauta plena). Los cambios de dosis se han realizado en función de los controles de antiXa, aumento de DD, complicaciones trombóticas. Las complicaciones trombóticas han sido: 3 TEP en pacientes con pauta intermedia, 1 TVP en pauta profiláctica y 1 AIT con pauta profiláctica. Respecto a las complicaciones hemorrágicas, se han observado 5 hematomas de partes blandas (3 con pauta intermedia, 2 con plena), 3 hemorragias alveolares (pauta plena), 1 hemotórax (plena), 2 shock hemorrágicos en pacientes anticoagulados con heparina sódica por ECMO VV.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, el número de complicaciones hemorrágicas ha sido mayor al de complicaciones trombóticas. Las complicaciones aparecen con el aumento de la pauta, que suele estar acompañado con el empeoramiento clínico y por tanto, de mayor gravedad.

255. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI EN HUPM EN EL AÑO 2020 TRAS IMPLEMENTAR UN PLAN DE COLABORACIÓN CON HEMATOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN ANTICIPADA DE LOS PACIENTES

Jiménez Guerra E, Alárabe Peinado S, Salas Martín JM, Marcote Denis B, Guerrero Altamirano A y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Análisis descriptivo de pacientes oncohematológicos ingresados en la UCI del Hospital Puerta del Mar en 2020, tras iniciar un plan de colaboración para la valoración anticipada de los pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra de 8 pacientes ingresados durante el año 2020. Variables: sexo, edad, enfermedad hematológica, valoración previa, motivo de ingreso, infección previa, foco primario, germen causante, complicación infecciosa, soporte respiratorio (SR), soporte vasoactivo (SV), terapia sustitutiva renal (TSR), días de SR, días de SV y días de TRR. Resultados al alta de UCI y hospital, limitación del esfuerzo terapéutico (LET), días de ingreso previo a UCI (días pre-UCI), días de ingreso en UCI, SOFA y APACHE II. Utilizamos media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas.

Resultados: El 62,5% fueron varones. Edad media 58,5 ± 8,1. Diagnósticos: Linfoma no Hodgkin (65%), leucemia aguda (25%) y crónica (12,5%). Valoración previa en el 62,5%. Media de días pre-UCI de 13,38 ± 28,45 y 11,29 ± 14,26 días de estancia media en UCI. Motivos de ingreso: insuficiencia respiratoria aguda (62,5%), shock (25%) y fallo multiorgánico (12,5%). SOFA 7,75 ± 4,027 y APACHE II 24 ± 8,26. El 75% con infección al ingreso, foco respiratorio (50%), abdominal (12,5%) y desconocido (12,5%). Aislamiento: SARS-CoV-2 (25%), Gram - (12,5%). Durante el ingreso un 12,5% presentaron bacteriemia secundaria, 12% múltiples focos, 12,5% con foco desconocido. SR: 25% oxigenoterapia; 25% SR no invasivo; 50% SR invasivo, durante 7,57 ± 13,34 días. SV en 87,5%, durante 7 ± 12,17 días. TRR se administró a 12,5%, durante 1,29 ± 3,4 días. Mortalidad al alta de UCI: 50%. LET en 12,5%. Mortalidad al alta hospitalaria: 62,5%.

Conclusiones: Nuestra muestra de pacientes presentó una mortalidad del 50%, siendo el primer motivo de ingreso la insuficiencia respiratoria infecciosa por SARS-CoV-2. En su gran mayoría precisaron SV y SR invasivo. Debido a la alta complejidad de estos pacientes, consideramos interesante continuar con este sistema de valoraciones anticipadas UCI-hematología y así conseguir un manejo precoz de los pacientes que lo requieran.

256. PROTOCOLO DE HEMORRAGIA MASIVA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Leal Rullán TJ, Murciano Marqués P, Ocón López M, Amézaga Menéndez R, Rodríguez Pilar J, Ballester Ruiz MC, Morell García D, Pérez Montaña A, Relinque Villalta J y Reparaz Vives X

Hospital Universitario Son Espases en Palma.

Objetivos: Documentar la implantación de un protocolo de hemorragia masiva (PHM) en un centro de tercer nivel.

Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de un registro propio de la Comisión de Hemorragia Masiva del hospital de referencia. Se incluyeron pacientes en los que se activó el PHM durante su asistencia hospitalaria en 2019-2020. Se analizaron variables demográficas, etiología del sangrado, causa de activación, hemoderivados y medicación, así como complicaciones y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana y percentil 25-75 (P25-P75) si no sigue distribución normal; Las variables categóricas con número y porcentaje. Se utilizó el programa SPSS v21.

Resultados: Se recogieron 41 casos. Edad: 52 años (35,5-61). Sexo: 63,4% varones. Antecedentes: hipertensión 30%, diabetes 10%, dislipemia 15%, cardiopatía 17,5%, vascular 7,5%, oncohematológico 7,5%, hepatopatía 5%. Tratamiento previo: ácido acetilsalicílico 12,2% (0% otros antiagregantes), antivitamina K 4,9%, heparina no fraccionada 2,4%. Responsable de activación: Urgencias 22%, Anestesia 39%, Medicina Intensiva 34,1%, Pediatría 2,4%, Hematología 2,4%. Lugar de activación: urgencias 24,4%, quirófano 39%, UCI 34,1%, hospitalización 2,4%. Origen de Hemorragia: trauma 46,3%, vascular 29,3%, cirugía cardíaca 7,3%, gastrointestinal 12,2%, ginecología/obstetricia 2,4%, otros 2,4%. Causa de activación: hemorragia activa 31,7%, inestabilidad hemodinámica + 4 concentrados de hematies 24,4%, trauma grave 41,5%, otros 2,4%. Concentrados de hematies en 24h 8 (5,5-12), plasma congelado 24h 4 (4-8), plaquetas pool 24h 2 (1-3), crioprecipitados 24h 2 (2-4). Fármacos en 24h: fibrinógeno 2 (2-4), complejo protrombínico 22%, factor VII 0%, ácido tranexámico 34% (traumáticos 73,7%). Complicaciones: reacciones alérgicas 0%, TRALI 4,9%, TRIM 0%, hipocalcemia 70,7%, hipomagnesemia 4,9%, hipopotasemia 36,6%, hiperpotasemia 9,8%, acidosis metabólica 56,1%, hipotermia 36,6%, TACO 2,4%, trombosis venosa 4,9%, tromboembolismo pulmonar 2,4%. mortalidad 48,8% (60% < 24h).

Conclusiones: La hemorragia masiva presenta alta mortalidad y diferentes causas. Es factible la implantación en el hospital de un protocolo de hemorragia masiva general que permita una rápida administración de hemoderivados y productos hemostáticos sea cual sea la etiología del sangrado.

257. PAUTA DE ANTICOAGULACIÓN, VENTILACIÓN MECÁNICA Y MORTALIDAD EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES COVID INGRESADOS EN EL PERIODO 2020

Fernández Cuervo A, Gómez García B, Marcote Denis B, Jiménez Guerra E, Salas Martín J y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar la relación entre pacientes con necesidad de ventilación mecánica, pauta de anticoagulación en ese grupo y mortalidad en nuestra serie de pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Variables: pauta de anticoagulación empleada en función de niveles de dímero D, fracaso respiratorio con necesidad de ventilación mecánica o no y alta hospitalaria. Periodo: año 2020 (marzo hasta 31 diciembre).

Resultados: El número total de ingresos en nuestra UCI ha sido 54 casos. De todos ellos 2 aún permanecen ingresados en planta de hospitalización, excluyéndose del análisis estadístico. Se han empleado 3 pautas de anticoagulación en función de los niveles de dímero D (*pauta profiláctica enoxaparina 40 mg/24h: pacientes sin necesidad de anticoagulación; *pauta intermedia enoxaparina 1 mg/kg/24h: pacientes críticos con DD inferior a 2.000 ng/mL); y *pauta plena enoxaparina 1 mg/kg/12h: pacientes críticos con niveles DD > 3.000 ng/ml o patología asociada que requiera anticoagulación). En todos los pacientes se han realizado controles de anticoagulación (niveles antiXa). De los pacientes sin necesidad de ventilación mecánica (16), 3 han recibido pauta profiláctica, siendo todos ellos dados de alta domiciliaria; 4 casos han tenido pauta intermedia y todos ellos han sido dados de alta; 4 han tenido pauta plena (2 han fallecido y 2 han sido alta domiciliaria). El número de pacientes con necesidad de ventilación mecánica ha sido 36. En este grupo 6 de ellos han recibido anticoagulación a dosis profiláctica (3 de éstos ha fallecido y 3 recibieron alta hospitalaria), 18 han recibido anticoagulación con pauta intermedia (siendo 11 exitus, y 7 alta domiciliaria) y 13 han tenido pauta plena (11 han fallecido y 1 alta domiciliaria).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, los que han requerido ventilación mecánica han sido los pacientes más graves, con valores de DD mayores y por tanto con mayor necesidad de anticoagulación. En

este grupo la mortalidad ha sido mayor, en relación con la gravedad de la enfermedad, y en probable relación con las complicaciones asociadas a la anticoagulación siendo necesario una cohorte de pacientes mayor y analizar las complicaciones derivadas de la pauta de anticoagulación empleada.

258. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y UCI, PARA UNA VALORACIÓN ANTICIPADA

Salas Martín JM, Alárabe Peinado S, Jiménez Guerra E, Gómez García B, Guerrero Altamirano A y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar las valoraciones realizadas tras la constitución de un equipo UCI-Hematología, en una cohorte de pacientes oncohematológicos ingresados en planta, en el periodo comprendido entre junio de 2020 y diciembre de 2020.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 94 pacientes ingresados en planta, analizados por: género, edad, calidad de vida, diagnóstico hematológico principal [leucemia aguda (LA), leucemia crónica (LC), linfoma no Hodgkin (LNH), linfoma Hodgkin (LH), síndrome mielodisplásico (SMD), mieloma múltiple (MM), y otros], valoración inicial, sucesivas valoraciones, porcentaje de consenso en la toma de decisión, ingreso en UCI, limitación del esfuerzo terapéutico, supervivencia y causa del exitus. Se describen las variables utilizando una distribución de frecuencias en caso de variables cualitativas y mediante media y desviación estándar en caso de variables cuantitativas.

Resultados: El 62,8% fueron varones; la edad media fue de 59,12 15,66 años; el 80,9% eran pacientes independientes, el 11,7% dependientes y en un 7,4% no fue posible determinarlo. El diagnóstico hematológico principal fue LNH en un 25% de los casos, LA 20%, MM 16%, LH 13,8%, LC 5,3%, SMD 5,3% y otros 13,8%. Tras la valoración inicial, 60% de los pacientes se consideraron subsidiarios de UCI sin techo terapéutico (SUST), 20% no subsidiarios (NS), un 2% subsidiarios con techo terapéutico (SUCT) y un 17% quedó pendiente valoración (PV) conjunta con hematología. Respecto a las reevaluaciones: 10% no realizadas, 71,3% misma decisión, 8,5% cambio a NS, 6,4% cambio a SUST y 3,2% cambio a SUCT. En un 81,9% había consenso con los hematólogos, y en 5,3% no, en el 12,8% existieron dudas. Solo el 7,4% de las valoraciones ingresaron en UCI. Situación al final del estudio con 23,4% de mortalidad y 76,6% de supervivencia. La supervivencia en SUST fue del 58%, SUCT del 50%, en NS del 24%, y de los PV del 75%. Fueron necesarias retirada de medidas en un 11,7% de las valoraciones. Situación al final del estudio con 23,4% de mortalidad y 76,6% de supervivencia. El 77,2% de la mortalidad es asociada al proceso hematológico.

Conclusiones: Los pacientes SUST tienen mayor supervivencia durante sus ingresos en planta, frente a pacientes que son valorados como NS, independientemente de complicaciones agudas y/o ingreso en UCI. Es necesario una mayor muestra para poder determinar los factores determinantes de esta diferencia, para mejorar el manejo a largo plazo y disminuir la morbimortalidad.

Pósteres online

Infeción/Antibióticos/Sepsis/FMO

259. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN POR GRIPE GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fernández Rodríguez A, Cuenca Fito E, Escudero Acha P, Ceña Carazo J y González Castro A

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir características, resultados y factores asociados a mortalidad de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de infección por gripe.