



XIII CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO DE MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA

Orlando, Florida, EEUU, 16-19 de febrero de 2020

01. PHYSIOLOGICAL OUTCOME IN THE FIRST 24 HOURS WITH HIGH-FLOW NASAL OXYGEN THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY FAILURE

Ferrigno Bonilla G, Losada Martínez V, Tejero Pedregosa A, González Salamanca A, Rodrigo Castroviejo N, Beltrán Bernáldez R, Sanmartino Gonzalez C, Cortes Díaz SM and Marcos Gutiérrez A

Hospital Virgen de la Concha in Zamora, Spain.

Objetivos: To analyze the outcome of clinical and gasometric parameters during the first 24 hours of high-flow nasal oxygen therapy administration in patients with acute respiratory insufficiency with and without associated hypercapnia. Identify bad outcome predictors such as: need for mechanical ventilation and mortality.

Methods: Prospective observational study. Adult patients admitted in the ICU to whom high-flow oxygen therapy is administered at the decision of their responsible physician. Demographic data, severity scales, treatment parameters, physiological variables and gasometry were collected. Gasometric monitoring is performed at 1, 3, 12 and 24 hours after the start of therapy.

Results: 45 patients were recruited. Mostly male (73%), the average age was 65.7 (61.7-69.7) years. APACHE II 20.5 (17.7-23.3). Among the causes of acute respiratory failure were founded: heart failure (31.1%), pneumonia (22.2%), exacerbated COPD (13.3%), post extubation respiratory failure (11.1%). The therapy was initiated with FiO₂ 77.8% (70.6-68.5) and flow of 52.6 l/min (51-54.2). 12 (26.7%) patients required mechanical ventilation and mortality in the ICU was 18%. A statistically significant reduction in respiratory rate was observed: -6 (-7 to -9.5) rpm and cardiac frequency: -13.6 (-7.2 to -20) bpm. An increase in SpO₂ was observed: 4.4 (1.7-7)%. No significant changes are observed in pCO₂. Similar changes were confirmed in the subgroup of patients with initial pCO₂ > 45 mmHg. The cardiac frequency is associated with mortality: area under the ROC curve: 0.72 (0.55-0.89), with an HR of 99 bpm being the cut-off point that best discriminates between patients who die and survive.

Conclusions: High-flow oxygen therapy improves physiological parameters of acute respiratory failure in our sample. Despite no improvement on pCO₂, its use seems safe in patients with moderate hypercapnia. Persistent tachycardia could be a predictor of therapeutic failure.

02. TIME TO DECISION IN SEPSIS: BARRERAS EN LA IDENTIFICACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA SEPSIS EN HOSPITALES ESPAÑOLES

Martínez Martínez M, Nuvials Casals FX, Ruíz Rodríguez JC, Alcaraz Penñarocha RM, Larrosa Escartín N, González López JJ, Llaneras Artigues J y Ferrer Roca R

Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona, España.

Objetivos: Primario: describir el proceso asistencial de la atención a la sepsis en hospitales españoles. Secundarios: describir el modelo diag-

nostico, la prevalencia del código sepsis, la obtención y procesamiento de cultivos, la modificación del tratamiento antibiótico y la comunicación entre servicios involucrados en el proceso asistencial.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se han diseñado 4 encuestas dirigidas a distintos perfiles profesionales involucrados en el tratamiento de la sepsis: médicos de urgencias (MU), intensivistas (UCI), microbiólogos (MC) e infectólogos (EI). Distribuidas a través de las respectivas sociedades científicas mediante enlaces a la plataforma online SurveyMonkey. Análisis estadístico (porcentaje, mediana y rango intercuartílico según aplique) mediante SPSS.

Resultados: 697 respuestas (396 MU, 112 MC, 92 EI y 97 UCI). Se utiliza qSOFA como screening de sepsis (MU: 298, 76%; EI: 71, 78%). La confirmación se realiza mediante los criterios de respuesta inflamatoria sistémica e infección (MU: 213, 54,5%; ED: 59, 63,4%). Únicamente el 64,5% (ID) - 70,1% (MU) disponen de Código Sepsis. Se extraen dos pares de cultivos (MC: 111, 91%; EI: 81, 88%), según protocolo (MU: 290, 73,2%), de manera seriada (MU: 275, 59,6%) y tardan < 2h en llegar al laboratorio (MC: 66, 54,5%), disponible 24h/7 días en el 59,4% (73 MC). Un 18,9% (23) de MC reporta técnicas de identificación rápida y un 21,1% (26) antibiograma rápido. Existe protocolo de antibioterapia empírica en MU 74% (293), EI 76,3% (71), UCI 72,2% (70). Los resultados se comunican telefónicamente en 85,4% (105 MC), 71,7% (66 EI) y 73,2% (71 UCI). Existe cambio de tratamiento (UCI) en 63,9% (62) con resultados preliminares y 99% (96) con los definitivos. En un 76,8% (73) de las UCI existe un consultor interno de infecciones. El registro de indicaciones se realiza en ED: 178, 44,9%; MC: 13, 10,6%; EI: 12, 13%; UCI: 40, 41,2%.

Conclusiones: En muchos centros no están disponibles código sepsis, protocolo de antibioterapia ni técnicas rápidas de diagnóstico microbiológico; la mayoría no registran indicadores de calidad, por lo que podrían existir áreas de mejora.

03. VALORACIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Chávez Gómez AN y Loarca Chávez AD

Hospital Regional de Occidente en Quetzaltenango, Guatemala.

Objetivos: Determinar la incidencia de riesgo nutricional en pacientes críticamente enfermos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos y su mortalidad a los 28 días.

Métodos: Estudio Descriptivo sobre el Riesgo Nutricional según Nutric Score y la relación con la morbi-mortalidad de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Occidente durante octubre de 2016 a marzo de 2017, se evaluaron 70 pacientes críticamente enfermos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión de estancia mayor a 48 horas sin egreso contraindicado.

Resultados: Se estableció que la tasa de incidencia acumulada es 0,43478 al final del periodo estudiado. De los 70 pacientes, 44% los que presentaron riesgo nutricional alto, del cual 90% falleció a los 28 días (p > 0,001) y un 56% los que presentaron riesgo nutricional leve del cual