

perfil se podría relacionar con la abolición de la vasoconstricción pulmonar y podría ser relevante al escoger la estrategia terapéutica óptima.

### 923/COVID-19. COMPORTAMIENTO GASOMÉTRICO INICIAL DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 EN CUIDADOS CRÍTICOS Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD: VOLVIENDO A LO BÁSICO

Marcano Millán EJ, Cestero Ramírez L, Núñez Blanco N, Figueroa Falconi JC, Paz Pérez M, Pérez Cheng M, Ochoa Calero M, Sánchez Fernández PL, Vaquero Roncero M y Sagredo Meneses V

Hospital Universitario de Salamanca en Salamanca.

**Objetivos:** Determinar los parámetros gasométricos de pacientes ingresados con SARS-CoV-2, sus variaciones respecto al ingreso, y como se relacionan con el sexo y la mortalidad.

**Métodos:** Se seleccionaron pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos del hospital Salamanca, diagnosticados con neumonía por SARS-CoV-2 de marzo a junio de 2020 con 5 o más días de ingreso. Se analizaron 1818 determinaciones analíticas gasométricas realizadas en un gasómetro GemPremier3000, que incluían PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub> y pH, se dividieron en función de las horas de ingreso, sexo y mortalidad. Se determinó la normalidad de la distribución de las variables mediante test de Kolgomorov-Smirnov. Se contrastaron hipótesis a través del test de Kruskal-Wallis en IBM SPSS Statistics 25. Se determinaron las medias de cada variable, medianas según sexo, mortalidad, y los diferentes rangos horarios: al ingreso, a las 24, 48, 72 y 96 horas de su admisión. Se calcularon los diferenciales de cada variable con respecto al valor de referencia de ingreso.

**Resultados:** De 91 episodios 68,13% fueron hombres (62/91), la mortalidad fue del 45,05% (41/91) y las medias globales determinadas para los valores gasométricos fueron: pH = 7,41 (± 0,097); PO<sub>2</sub> = 95,744 (± 14,090) mmHg; PCO<sub>2</sub> = 50,11 (± 14,090) mmHg y HCO<sub>3</sub> = 29,61 (± 2,280) mmol/L. Se determinó que existen diferencias significativas entre el pH de ingreso entre hombres (7.303) y mujeres (7.365) (0,062; p < 0,02; IC95%: 0,015-0,109). Del mismo modo se comprobó que los hombres varían más rápido los valores de pH a las primeras de 24 horas (0,07 ± 0,12) que las mujeres (-0,001 ± 0,11) (0,071; IC95%:0,018-0,124). Los niveles de PCO<sub>2</sub> a las 72h en los casos de exitus (51,51 ± 15,72) se mostraron diferentemente significativos en relación con los no fallecidos (46,15 ± 7,45 mmHg), (6,76 mmHg, p < 0,02; IC95%: 1,43-12,08).

**Conclusiones:** La gasometría arterial es rápida y muy disponible por lo que cobra vital importancia en la pandemia actual aportando ideas claras sobre el pronóstico de algunos pacientes. Los hombres ingresan con peores valores de pH y la tendencia a la hipercarbia se asoció menos a la mortalidad. Estos datos podrían acoplarse en un futuro en modelos predictivos basados en datos analíticos al ingreso.

### 924/COVID-19. TABACO: TODO TIENE DOS CARAS

Munera Valero M, Gutiérrez Rubio JM, Córcoles González V, Prado Mira A, González Mozo M, Pérez Villena MM, Barrios Arnau M, Muñoz de Luna Herrera L, Córdoba Nielfa MC y Cortés Monedero JL

Hospital General Universitario de Albacete en Albacete.

**Objetivos:** Estudiar comparativamente la incidencia de pacientes fumadores en un grupo de pacientes con COVID-19 vs. un grupo de pacientes con neumonía por otro germen.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional comparativo entre pacientes con diagnóstico de neumonía por COVID-19 (en periodo de la pandemia) y neumonía bacteriana ingresados en el periodo enero de 2018-enero de 2020, en la UCI polivalente de un hospital terciario.

**Resultados:** Se incluyen un total de 201 pacientes, 104 con neumonía grave por COVID-19 y 97 con neumonía por otro germen. En el grupo COVID edad media 59, DE 10, IC95% (57-61) y en grupo otro germen edad media 58, DE 12, IC95% (56-61). No hubo diferencias en cuanto al sexo, con preferencia masculina en los dos grupos. Los pacientes ingresados por neumonía bacteriana tuvieron mayor APACHE II que los ingresados por COVID [13 (11-16) vs. 18 (15-22), p < 0,01]. Entre los pacientes ingresados por COVID suele haber mayor número de pacientes EPOC [15 (14%) vs. 9 (9%); p NS], y mayor número de asmáticos [15 (14%) vs. 9 (9%); p NS]. Entre los pacientes con diagnóstico de COVID hubo claramente menor número de fumadores activos [2 (2%) vs. 36 (37%); p < 0,01], sin diferencias en el número de exfumadores [33 (32%) vs. 29 (30%); p NS].

**Conclusiones:** Comparando dos muestras con similar APACHE II, edad media y antecedentes personales, resulta estadísticamente significativo, la escasa incidencia de fumadores en paciente con COVID-19 que llegan a ingresar en una unidad de cuidados intensivos. Sería interesante realizar más estudios controlados, que intenten esclarecer el probable efecto protector del tabaco o alguno de sus componentes frente a la neumonía grave por COVID.

### 925/COVID-19. ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Mancha Salcedo R, Pereira Gama MS, Godoy Boraita S, Díaz-Távora Luque M, Pérez Caballero FL, Peña Luna I, Benítez Morillo MF, Granada Martínez D, Moro Sánchez ML y Gil Pérez NM

Hospital de Mérida en Mérida.

**Objetivos:** Principal: determinar la relación entre el uso de anticoagulación y días de estancia en una unidad de cuidados intensivos (UCI), días de hospitalización, días de ventilación mecánica invasiva (VMI) y mortalidad. Secundario: relacionar las variables obtenidas con las cifras de dímero D de cada paciente al ingreso.

**Métodos:** Estudio analítico retrospectivo con un tamaño muestral de 20 pacientes, recogidos durante el periodo comprendido entre marzo y mayo de 2020, siendo analizados con el programa SPSS® empleando como estadístico t de Student.

**Resultados:** El 85% de los pacientes fueron anticoagulados con enoxaparina y fondaparinux principalmente, iniciándose cuando los valores de dímero D eran superiores a 2.500 µmg/L. Se ha analizado la correlación entre la administración de anticoagulación y los días de estancia en la UCI con un aumento de la misma con una p 0,02, aumento de días de hospitalización con una p 0,02, aumento de días de VMI con una p 0,04, y aumento de la mortalidad con una p 0,02, obteniéndose una relación estadísticamente significativa. Dados estos resultados, se estudió la relación entre los valores de dímero D al ingreso con la mortalidad global no encontrándose correlación estadísticamente significativa (p 0,58), sin embargo, los niveles de dímero D al octavo día de ingreso, mostraron asociación estadísticamente significativa (p 0,02) con la mortalidad (los pacientes que fallecieron tenían de media dímero D al octavo día de 8.438 ng/dl frente a los pacientes que sobrevivieron, con dímero D 3.103 ng/dl).

**Conclusiones:** Los pacientes anticoagulados tienen mayor número de días de hospitalización total, de estancia en UCI, de VMI, así como mayor mortalidad; a pesar de no encontrar relación entre los niveles de dímero D al ingreso y la mortalidad global. Niveles de dímero D altos al octavo día de estancia en UCI sí muestra correlación estadísticamente significativa con la mortalidad.

## Pósteres pantalla

### Sedación/Analgesia

#### 624. SEDACIÓN VIGIL CON DEXMEDETOMIDINA PARA PROCEDIMIENTOS

Jiménez Delgado JD<sup>(a)</sup>, Muñoz Cantero A<sup>(b)</sup>, Cidoncha Gallego M<sup>(a)</sup>, Obad B<sup>(b)</sup> y Esteban Bernal RM<sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital Don Benito-Villanueva en Don Benito. <sup>(b)</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz en Badajoz.

**Objetivos:** Describir el uso y valorar la efectividad y seguridad de la dexmedetomidina para la sedación vigil en procedimientos digestivos, respiratorios y cardiológicos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional de las sedaciones vigiles con dexmedetomidina desde el 1 de noviembre de 2018 al 15 de diciembre de 2019. Se administró dexmedetomidina: 1 microgramo/kg en bolo, en 10 minutos, previo al inicio de la prueba e infusión continua de 1 microgramo/kg/h. durante la misma. Se añadió al bolo fentanilo a 1-2 µg/kg si la prueba se considera dolorosa. Se recoge edad y sexo de los pacientes, tipo de procedimiento, tolerancia (completa, parcial, escasa o nula), la necesidad de analgosedación de rescate y dosis, el tiempo hasta la recuperación neurológica completa, así como las com-

plicaciones (respiratorias, hemodinámicas, neurológicas...) y necesidad de retirada. Para el análisis del estudio se utilizó el programa SPSS 19.5.

**Resultados:** Se analizaron 36 pacientes con una edad media de 58 ± 14 años, el 60% varones. Los procedimientos fueron 36: ecocardiografía transesofágica 13, gastrostomías 9, broncofibroscopias 7, cateterismos cardíacos 4, gastroscopias 3. Se usó fentanilo en las gastrostomías. Presentaron una tolerancia completa del 88,8 (32 pacientes), parcial del 8,3% (3 pacientes) y escasa 2,7% (1 paciente). Se usó propofol de rescate en el 11,2% (4 pacientes), con dosis media de 0,5 mg/kg. El tiempo medio de recuperación neurológica fue de 25 ± 5 minutos. Se apreciaron complicaciones relacionadas con la dexmedetomidina en el 8,3% de los casos (3 pacientes), sin necesidad de retirada del fármaco y fueron: HTA transitoria en 5,5% (2 pacientes) y bradicardia (FC 45 lpm) en el 2,7% (1 paciente) que se trató con descenso de dosis.

**Conclusiones:** El uso de dexmedetomidina en sedaciones vigiles es efectivo y con escasas complicaciones hemodinámicas reversibles.

### 932/COVID-19. ANÁLISIS DE INTUBACIÓN, SEDOANALGESIA Y VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Franquesa González E, Omedas Bonafonte P, Bueno Vidales N, Lafita López A, Mallor Bonet T, Marín Casajús O, Ocabo Buil P, Escós Orta J, López Claver JC y Serón Arbeloa C

Hospital General San Jorge en Huesca.

**Objetivos:** La ventilación mecánica es un arma terapéutica en la insuficiencia respiratoria grave como en la infección por SARS-CoV-2. Nuestro objetivo ha sido evaluar los procesos de intubación, sedo-analgésia y evolución durante la ventilación mecánica practicada a los pacientes ingresados en UCI.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo, realizado en la UCI del Hospital General San Jorge (Huesca) durante los meses de marzo a mayo de 2020. Los criterios de inclusión han sido el ingreso en UCI por infección por SARS-CoV2, con insuficiencia respiratoria. Las principales variables a estudio fueron necesidad de ventilación mecánica, proceso de intubación, pronó, y parámetros respiratorios y se ha realizado un análisis descriptivo, con el sistema operativo Stata 10.0.

**Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes, edad media 64,9 años, HTA (59%), DM (36%), IMC 28, infiltrados Rx previo a UCI (72%), necesidad de VM (21 pac, 95%), intubación difícil (22%: 17 videolaringo, 3 convencional, 1 fibrobroncoscopio), Pa/FiO<sub>2</sub> 112, pronó (16 pac = 72%, media 2,3 pronos/pac), PEEP 10,9, compliance 44. Ningún paciente presentó autoextubación, secreciones espesas y/o tapones en 50%, precisó traqueostomía 36%, días VM 16 días, reintubación 18%. Sedación: cisatracurio (59% con media de 4,7 días); midazolam (8,4 días), propofol (4,2 días), fentanilo (12 días). Despertar prolongado (31%). Delirio postsedación (31%), encefalopatía (22%) y polineuropatía de UCI (50%) y la mortalidad global fue de 23%.

**Conclusiones:** Los pacientes presentaban una hipoxemia en gravedad grave y hubo una gran incidencia de ventilación mecánica. Se observó alta incidencia de vía aérea difícil, siendo la videolaringoscopia la técnica de elección. Las complicaciones más prevalentes fueron las secreciones bronquiales, alta incidencia de traqueostomía y reintubación. Se precisó sedorrelajación a dosis elevadas que implicó desarrollo de complicaciones secundarias (despertar prolongado, agitación y polineuropatía). El porcentaje de mortalidad fue similar a otras infecciones respiratorias bacterianas.

## Pósteres pantalla

### Urgencias/Emergencias

#### 363. PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA: UNA SERIE DE PACIENTES

Fernández Ruíz D, Martínez González C, Antuña Braña MT, Sánchez Prieto A, Tuya de Manuel P y Recena Pérez P

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

**Objetivos:** Describir datos epidemiológicos, evolutivos y resultado de pacientes reanimados tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria que ingresan en UCI durante 4 años.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de enero de 2016 a diciembre de 2019, de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Cabueñes. Se describen datos epidemiológicos, evolutivos y de morbi-mortalidad. Variables cuantitativas expresadas como media, mediana y desviación típica con rango mínimo y máximo. Variables cualitativas expresadas como porcentaje.

**Resultados:** Recogidos 112 pacientes, edad media 64 años (DE 11,56), 68,8% varones, APACHE II medio 30,4 ± 7,7. Mediana de 4 (1-29) días de estancia en UCI y 9 (1-193) hospitalaria. 94,6% de PCR presenciadas, 69,6% RCP por testigos. De ellos, 63,4% personal lego, 22,3% primeros intervinientes y 8% SAMU. Empleo de DESA en el 25% de casos con descarga en el 67,9%. 34,8% de PCR en domicilio, 27,7% calle y 11,6% Centro de Salud. 56,3% primer ritmo desfibrilable. 62,5% de los no desfibrilables, asistolia. Etiología médica 91,1% de los casos. Presentaba comorbilidades el 90,2%: tabaquismo 64,3%, HTA 52,7%, DL 38,4%, cardiopatía 36,6%, alcohol 28,6% y DM 23,2%. Media de tiempo total de PCR 20,9 ± 11,7'. Media de tiempo sin RCP 2,7 ± 5,3'. Media RCP básica 5,2 ± 5,3'. Media RCP avanzada 12,8 ± 9,6'. Media de nº choques 4 ± 3,1. En el 77,7% se emplea adrenalina, en el 42,9% amiodarona y 18,8% Atropina. SCACEST en primer ECG 34,8%, SCACEST 10,7% y BRIHH 10,7%. Cateeterismo urgente 54,4%, ACTP ± Stent 41,1%. Shock cardiogénico 24,1% y BCPIAo 4,5%. Al ingreso en UCI GCS medio 4,8 ± 3,2. T<sup>a</sup> media primeras 24 horas 36,2 ± 0,6 y media de TAM 83,2 ± 12,2. Medias de primer pH 7,20 ± 0,1 y primer lactato 6 ± 8,3. Necesidad de vasoactivos 53,6%. Presencia de insuficiencia renal aguda 33,6% y fallo multiorgánico 14,3%. Complicaciones infecciosas 7,1%. Test pronósticos: TC craneal 45,5%, EEG 43,8%, ENE 34,8%. El 83,1% presentó CPC favorable (1-2) al alta de UCI, 77,5% al alta hospitalaria. Mortalidad total del 46,4%, en UCI 40,2%.

**Conclusiones:** Se observa un elevado porcentaje de PCR presenciadas y reanimadas por testigos, superiores a las cifras publicadas en la literatura. Las comorbilidades registradas se asocian con mayor riesgo de sufrir PCR. Destaca la isquemia miocárdica aguda como etiología predominante e intervencionismo urgente como medida terapéutica principal. La mortalidad elevada es acorde con la gravedad de la patología, inferior a lo descrito en la bibliografía.

#### 364. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DIFERENTES ETAPAS DE MORTALIDAD EN LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

García Cruz MC, Guerrero Altamirano AJ, Marcote Denis B, Salas Martín JM y Gordillo Brenes A

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

**Objetivos:** Describir el perfil epidemiológico y características en cada etapa de mortalidad, así como determinar posibles factores asociados con un buen resultado de la RCP (recuperación de circulación).

**Métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo. Período: marzo 2010 - diciembre 2019. Base de datos: ARIAM. Diferenciamos tres etapas de mortalidad: M1 (LET por futilidad), M2 (no recuperación de circulación > 20 min (ROSC)) y M3 (LET UCI + exitus tardío). Variables: edad (m: media y M: mediana), sexo (H/M), lugar (U: Urgencias, UCI, C-H: Cardiología-Hemodinámica, PH: Plantas Hospitalización, SHC: Servicios Hospitalarios Comunes), ritmo inicial y retrasos (R1: PCR-llamada, R2: llamada-desfibrilación, R3: PCR-confirmación y R4: tiempo RCP).

**Resultados:** N 378 casos. M1 13% (49). Edad m 76,3 (M 78,5). H/M 61,2/38,8. Lugar: U 14,3% (7), C-H 8,2% (4), PH 75,6% (37) y SHC 2% (1). M2 53,9% (204). No ROSC 82,8% (169). Edad m 68,7 (M 70). H/M 68/32. Lugar: U 24,9% (42), UCI 10,7% (18), C-H 13,6% (23), PH 40,8% (69) y SHC 6,5% (11). Ritmo: asistolia 49,7% (84), AESP 32,5% (55), FV-TV 13% (22) y bradicardia extrema 4,1% (7). R1: 2,4 m (p25 0, M 1, p75 5). R2: 6,4 m (p25 2, M 5, p75 10). R3: 3,9 m (p25 0, M 4, p75 7). R4: 23,5 m (p25 17, M 22, p75 29). ROSC < 20 min 17,2% (35). Edad m 67,1 (M 70). H/M 62,9/37,1. Lugar: U 34,3% (12), UCI 20% (7), C-H 20% (7), PH 20,1% (7) y SHC 2,9% (1). Ritmo: asistolia 28,6% (10), AESP 28,6% (10), bradicardia extrema 20% (7) y FV-TV 20% (7). R1: 1,3 m (p25 0, M 1, p75 2). R2: 7,2 m (p25 2, M 4, p75 12). R3: 2 m (p25 0, M 0, p75 3). R4: 25,6 m (p25 18, M 27, p75 32). ROSC > 20 min 33,1% (125). M3 20,1% (76). LET UCI 7,9% (30). Edad m 67,9 (M 69). H/M 70,4/29,6. Lugar: U 18,4% (23), UCI 29,6% (37), C-H 13,6% (17), PH 31,2% (39) y SHC 2,4% (3). Ritmo: asistolia 34,4% (43), FV-TV 26,4% (33), AESP 21,6% (27) y bradicardia extrema 12% (15). R1: 1,3 m (p25 0, M 0, p75 2). R2: 4,1 m (p25 2, M 3, p75 6). R3: 2,6 m (p25 0, M 0, p75 5). R4: 13,5 m (p25 5, M 10, p75 18).