

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/FiO₂ 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 la 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%. Catesterismo 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^a 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).

Figura 1 Póster 364

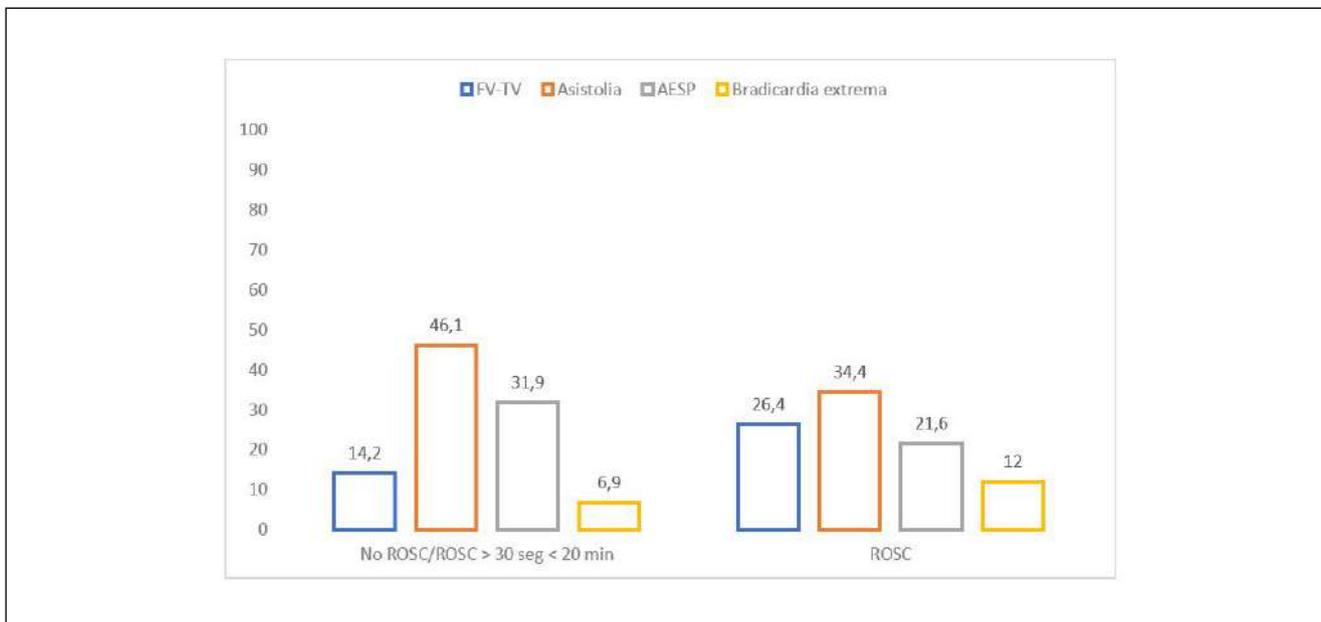
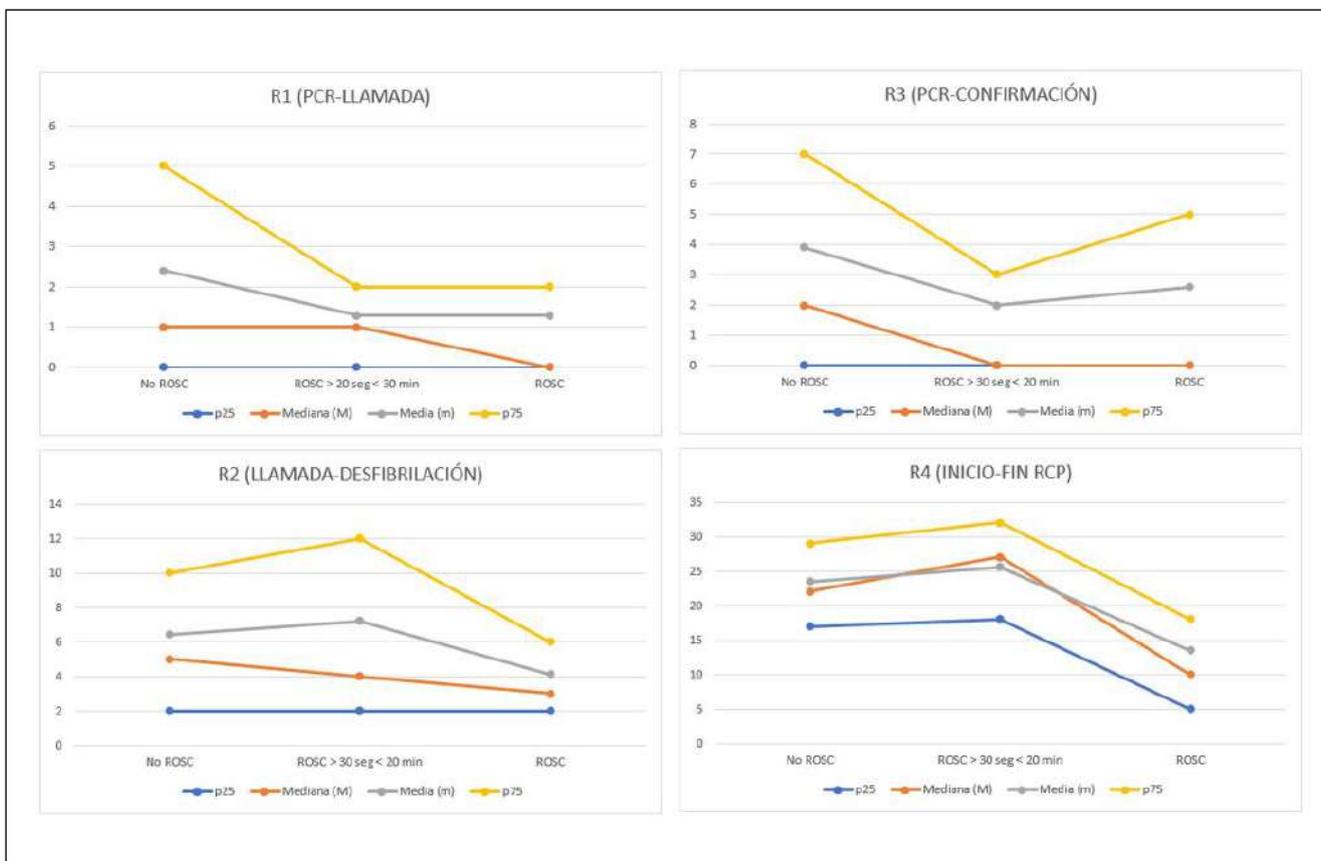


Figura 2 Póster 364



Conclusiones: Los pacientes en los que realizamos LET por futilidad (M1), presentaron mayor edad y menor incidencia de PCR en las áreas de Urgencias-UCI, ambos factores en probable relación con comorbilidad añadida, que favorece nuestra decisión de LET. Existe una mayor incidencia de FV-TV, menor incidencia de asistolia/AESP y disminución

de los retrasos en aquéllos que recuperan la circulación e ingresan en UCI. A pesar de ello casi una tercera parte de los pacientes que ingresamos, fallecen a consecuencia de nuestra LET en esta última etapa (M3). Debemos por tanto insistir en una detección, confirmación y desfibrilación más precoces para mejorar los resultados.

399. ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA (ENE) Y ESCALA CPC COMO FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PCR EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA

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: Analizar la asociación entre ENE y escala CPC como variables pronósticas de perfil neurológico y su relación con mortalidad en una serie de pacientes ingresados 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. Se realizó un análisis univariante para establecer asociaciones o diferencias entre la mortalidad (variable independiente) y los distintos factores evaluados. Se emplearon diversos test estadísticos considerando estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron 112 pacientes, con edad media de 64 años (DE 11,56), el 68,8% eran varones, con APACHE II medio $30,4 \pm 7,7$. Mediana de 4 (1-29) días de estancia en la UCI y 9 (1-193) hospitalaria. El valor medio de ENE a las 24 horas post-PCR fue $52,7 \pm 53,6$. A las 48 horas post-PCR $84,5 \pm 93,7$ y a las 72 horas $74,5 \pm 86$. El valor del P50 correspondiente a las ENE a las 24, 48 y 72 horas fue 35, 48 y 33, respectivamente. En el 76,5% de los exitus se obtuvo un valor de ENE > 35 a las 24 horas post-PCR vs. 23,5% de los supervivientes ($p < 0,0001$). En el 88,2% de los exitus se registró un valor de ENE > 48 a las 48 horas post-PCR vs. 11,8% de los supervivientes ($p < 0,0001$). El 58,3% de los exitus se objetivó un valor de ENE > 33 a las 72 horas post-PCR vs. 41,7% de los supervivientes ($p < 0,004$). El 31,8% de PCR prolongada ($> 20'$) presentaron CPC favorable (1-2) al alta hospitalaria ($p < 0,004$). El 75% de los pacientes que recibieron RCP por testigos desarrollaron CPC favorable al alta hospitalaria vs. 25% de los que no la recibieron ($p < 0,55$). El 29,8% de los pacientes en los que se usó DESA mostraron CPC favorable al alta hospitalaria vs. 70,2% en los que no se empleó ($p < 0,42$). El RR de T^a media en primeras 24 horas $> 36^\circ\text{C}$ en relación con CPC favorable al alta hospitalaria fue 1,78 (1,14-2,78).

Conclusiones: Se encontró significación estadística entre valores elevados de ENE a las 24, 48 y 72 horas posresucitación con mortalidad. En relación con el valor de la escala CPC, existe asociación significativa entre la presencia de PCR prolongada y un resultado neurológico adverso. No se observa significación estadística al relacionar la realización de RCP por testigos y el uso de DESA con resultado neurológico favorable. La temperatura $> 36^\circ\text{C}$ en las primeras 24 horas se relaciona con CPC favorable al alta hospitalaria.

625. SHOCK HEMORRÁGICO: FACTORES QUE AUMENTAN LA MORTALIDAD GLOBAL Y EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Arche Banzo MJ, Abansés Moreno P, Edroso Jarné PE, Ocabo Buil P, Lozano Gómez H, Matute Guerrero A, Herrero García S, Mayordomo García C, Zalba Etayo B y Díaz Melé MC

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Identificar la asociación de factores de riesgo con el aumento de mortalidad en el shock hemorrágico de forma global y en las primeras 24 horas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en situación de shock hemorrágico entre los años 2017-2019. Análisis estadístico univariante y regresión logística multivariante mediante SPSS 17.0.

Resultados: $N = 88$. 68,20% hombres, edad $64,16 \pm 14,73$ años. APACHE II $19,83 \pm 10,19$, índice de shock (IS) $1,34 \pm 0,52$ e índice de shock modificado (ISm) $1,67 \pm 0,97$ puntos. Consumidores de anticoagulación oral previa 12,5%, antiagregación oral 15,9%. Causas: hemorragia intraoperatoria 33%, hemorragia digestiva 28,4%, patología aórtica 9,1%, hemorragia obstétrica 8%, politrauma 5,7%, otras causas 15,9%. Presentaron acidosis metabólica, hipotermia y coagulopatía al ingreso el 75%, 40,9% y 80,7% de los pacientes, respectivamente. El 43% presentaron

hemorragia masiva. La media de pérdidas fue de $3,45 \pm 2,12$ litros de sangre. Valores analíticos al ingreso: lactato $5,65 \pm 5,23$ mmol/L y actividad de protrombina (AP) $50,44 \pm 20,63\%$. Concentrados de hemáties trasfundidos en las primeras 24 horas fue $5 \pm 3,4$; y en las primeras 4 horas $4,05 \pm 1,63$. En el 35,2% de los pacientes se objetivó fracaso renal agudo (FRA). La estancia fue de 5 ± 17 días. Fallecieron el 31,8% de los pacientes. El 15,9% fallecieron en las primeras 24 horas. La tensión arterial media (TAM) inferior a 60 mmHg ($p < 0,019$, OR 6,9) y la etiología aórtica ($p < 0,047$, OR 26) se asociaron a la mortalidad de forma independiente. El riesgo de fallecer en las primeras 24 horas es mayor cuando la AP es $< 50\%$ ($p < 0,007$, OR 17), existe hipotermia ($p < 0,029$, OR 5,051), la causa es el politrauma ($p < 0,043$, OR 8,9), es hemorragia masiva (0,050, OR 5,801) o si desarrollan FRA ($p < 0,041$, OR 6,557). No existe relación entre el IS y el ISm y la mortalidad global o a las 24 horas. Tampoco existen diferencias en términos de supervivencia respecto al consumo previo de ACO o antiagregantes orales.

Conclusiones: 1. Los factores que incrementan la mortalidad global de forma estadísticamente significativa son TAM < 60 mmHg y etiología aórtica. 2. La mortalidad en las primeras 24 horas es superior en politraumatizados, hemorragias masivas, hipotermia al ingreso y en aquellos pacientes que desarrollan fracaso renal. 3. El tratamiento previo con anticoagulantes y/o antiagregantes no se asoció a peor pronóstico.

626. FRACASO RENAL AGUDO EN EL SHOCK HEMORRÁGICO: FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD

Arche Banzo MJ, Abansés Moreno P, Edroso Jarné PE, Ocabo Buil P, Lozano Gómez H, Matute Guerrero A, Herrero García S, Mayordomo García C, Zalba Etayo B y Díaz Melé MC

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de fracaso renal agudo (FRA) en el shock hemorrágico.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en situación de shock hemorrágico (SH), entre los años 2017-2019. Análisis estadístico univariante y de regresión logística multivariante mediante SPSS 17.0.

Resultados: Grupo de FRA: $N = 32$. 84,40% hombres, edad media $66,31 \pm 10,74$ años. Índice de shock (IS) $1,46 \pm 0,52$ e índice de shock modificado (ISm) $2,22 \pm 1,08$ puntos. Causas: hemorragia digestiva 28,1%, hemorragia intraoperatoria 18,8%, politraumatismo 12,5%, patología aórtica 9,4%, y otras causas 30,1%. El 59,4% de los pacientes presentaron hemorragia masiva (HM). Al ingreso: acidosis metabólica el 87,5%, lactato $10,98 \pm 5,89$ mmol/L; y coagulopatía 93,8%, con actividad de protrombina (AP) $36,61 \pm 16,81\%$ y fibrinógeno $167,39 \pm 124,36$ mmol/L. Las pérdidas hemáticas fueron $3,72 \pm 2,50$ L. Los concentrados de hemáties (CH) trasfundidos durante las primeras 24 horas fueron $6,50 \pm 4,02$; y durante las primeras 4 horas $4,34 \pm 1,62$. Mortalidad 62,5%. El 37,5% se trataban de exitus en las primeras 24 horas (el 60% del total de muertes). Estancia en UCI $6,43 \pm 8,89$ días. Los pacientes ingresados en SH por hemorragia digestiva ($p < 0,040$, OR 5,26) o por hemorragia intraoperatoria ($p < 0,014$, OR 5,55) tienen mayor riesgo de desarrollo de FRA. La presencia de AP $< 50\%$ (0,042, OR 4,7), lactato > 8 mmol/L ($p < 0,003$, OR 6,25), fibrinógeno < 150 mmol/L ($p < 0,017$, OR 7,6) e hipotermia ($p < 0,046$, OR 5,2) al ingreso, son factores de riesgo independientes para el desarrollo de FRA; también la persistencia de AP $< 50\%$ ($p < 0,040$, OR 5,7) o hipotermia ($p < 0,037$, OR 15,35) tras 24 horas del ingreso, o la HM ($p < 0,034$, OR 4,1). La mortalidad global aumenta cuando la tensión arterial media (TAM) es < 60 mmHg ($p < 0,038$, OR 17,9), lactato > 8 mmol/L ($p < 0,039$, OR 8,8), IS > 1 ($p < 0,038$, OR 11,30) e ISm $> 1,5$ ($p < 0,040$, OR 14,86) al ingreso, así como en los casos de HM ($p < 0,041$, OR 12,9).

Conclusiones: 1. El SH de origen digestivo o intraoperatorio incrementa cinco veces el riesgo de presentar FRA. 2. La presencia de coagulopatía, hipotermia, e hiperlactacidemia al ingreso son factores independientes para el desarrollo de FRA, así como la persistencia de coagulopatía e hipotermia tras 24 horas del ingreso. 3. La HM aumenta el riesgo de muerte 13 veces en pacientes con FRA, y la hiperlactacidemia al ingreso 8. 4. La TAM es un predictor independiente de mortalidad del SH, con más fuerza de asociación que el IS o el ISm, en nuestra muestra.