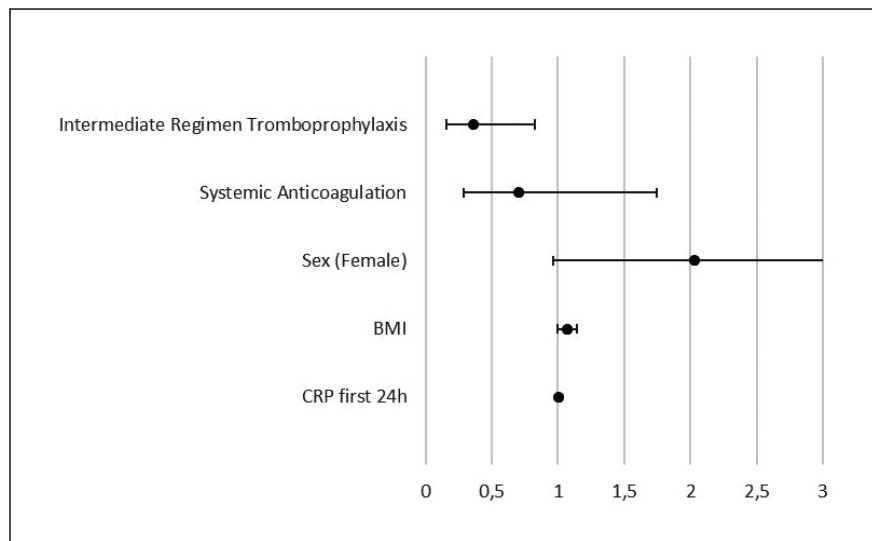


Figura Póster 222



Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo regional en 2 UCI ubicadas en 2 hospitales universitarios (Hospital de Bellvitge y Hospital de Sant Pau) del área metropolitana de Barcelona (España) desde el 1 de marzo al 31 de marzo de 2020. Incluimos adultos con SDRA que recibieron VM invasiva en los primeros 3 días desde la admisión en la UCI y la prueba de SARS-CoV-2 positiva en los fluidos respiratorios. No se incluyeron pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ERT).

Resultados: Los 174 pacientes restantes cumplieron con la definición de Berlín de SDRA y recibieron VM invasiva. Entre estos 174 pacientes, 36 pacientes (21%) ya presentaban LRA al ingreso en UCI. Se observó nueva LRA o progresión del estadio de LRA dentro de la primera semana en 78 pacientes (45%). Los valores altos de D-dímero por encima de 1.000 ng/mL μ g/L estuvieron presentes en el ingreso a la UCI en 93 (55%) pacientes y en 122 (77%) pacientes durante la primera semana desde el ingreso en la UCI. La tromboprofilaxis máxima durante la primera semana fue RET en 53 (31%) pacientes, RTI en 76 (45%) pacientes y AS en 41 (24%). Los pacientes que desarrollaron LRA tenían más probabilidades de ser hombres, tener enfermedad renal crónica (ERC), índice de masa corporal más alto y recibir RET con más frecuencia. En general, 35 (20%) pacientes presentaron estadio 3 KDIGO dentro de los 7 días posteriores al ingreso en la UCI y 35 (20%) pacientes finalmente requirieron TRS durante su estadía en la UCI. La mortalidad fue 44 (56%) y 37 (39%) en aquellos pacientes con o sin LRA respectivamente. El análisis multivariado (tabla) mostró que el uso de un RTI en comparación con un RET se asoció con una reducción de la LRA dentro de la primera semana desde el ingreso en la UCI (OR 0,37; IC95%: 0,16-0,83).

Conclusiones: Este estudio bicéntrico sugiere que un régimen aumentado de tromboprofilaxis en pacientes críticamente enfermos con COVID-19 podría disminuir la incidencia de LRA dentro de la primera semana desde la admisión en la UCI y, posteriormente, podría influir en la mortalidad.

Introducción: Un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) emerge en diciembre de 2019 en China causando un SDRA que se expande rápidamente hasta convertirse en pandemia.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con un protocolo de sedoanalgesia y delirio en los pacientes ingresados en una UCI (médica) de un Hospital Universitario nivel II por SDRA secundario a infección por COVID-19.

Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de marzo-abril del 2020 de los pacientes con SDRA por infección del COVID-19. Analizamos: sexo, edad, intervalos, comorbilidades, escalas gravedad, así como la estrategia de sedoanalgesia profunda (SAP) con monitorización BIS: SDRA moderado-grave, prono o bnm y la otra de analgesia dinámica (ASD): nivel de sedación superficial con monitorización de escala RASS (objetivo: -2 y +1). Estrategia de SAP: inicialmente midazolam (MDZ) + fentanilo (FNT) más propofol (PF) (si MDZ > 0,25 mg/kg/h o tolerancia) más ketamina (KET) (si PF > 4 mg/kg/h) y/o bnm continuo. Estrategia de ASD: inicialmente PF + FNT o PF + remifentanilo (RF) (si fracaso renal agudo o IMC > 30) o PF + KET (si inestabilidad hemodinámica). Estrategia control delirio/agitación (DyA): dexmedetomidina (DEX) + PF o DEX + RF o alfa-2 agonistas (alfa-2 A): DEX o clonidina (CL) o neurolepticos (Nr).

Resultados: 22 pacientes (mujeres 3, varones 19), edad media: 67,5 \pm 6,1 (< 60 años: 4, 60-70 años: 13 (59%), > 70 años: 7). APACHE II: 26 \pm 7, SOFA: 7,5 \pm 1,9. Comorbilidades: OCHA: 4, obesidad (IMC > 30): 5 (22,7%), HTA: 13 (59%), diabetes: 4. Precisaron de una estrategia de SAP con MDZ+ FNT: 22 pacientes, MDZ + FNT + PF: 18 y MDZ+ FNT + PF + KET: 15. Necesidad de bnm continuo: 14 (cisatracurio: 10/rocuronio: 4). En la estrategia de ASD: precisaron PF + FNT: 11, PF + KET: 15 y PF + RF: 15. En la estrategia DyA: DEX + PF: 7, DEX + RF: 11, alfa-2 A: 11 (DEX: 7 y CL: 4) y Nr: 11 (típicos:7 y atípicos: 4).

Conclusiones: Preciso una estrategia de SAP con MDZ + FNT: 100% y con MDZ + FTN + PF: 82% y necesidad de bnm: 64%. Una estrategia de ASD con PF + RF: 68% igual que con PF + KET. En la estrategia de control de DyA: DEX + RF: 50% y alfa-2 A: 50%.

Pósteres orales

Sedación/Analgesia/Delirium

223. EXPERIENCIA INICIAL DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA Y DELIRIO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) SECUNDARIO A INFECCIÓN POR COVID-19 EN UNA UCI MÉDICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NIVEL II

Martínez Melgar JL, Gallego Barbachano I, Ortega Montes A, Sanmartín Mantiñán E, de la Campa Gestido a, Casal Lorenzo J, Cenoz Osinaga JI, Bravo Doviso J, Sánchez de Dios T y Posada González P
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra en Pontevedra.

224. EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DEL PERSONAL SANITARIO A GASES ANESTÉSICOS DURANTE LA ADMINISTRACIÓN POR MEDIO DEL SISTEMA ANACONDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EL HOSPITAL VALL D'HEBRON

Contreras Medina S, Marín Vivo G, Sala Latorre M, Jiménez Alcalá M, Torrella Llauger P, Palmada Ibars C, Gallart Vive E, Girón Espot P y Ferrer Roca R. Grupo de investigación: SODIR

Hospital Val d'Hebron en Barcelona.

Métodos: Con el objetivo de identificar el grado de exposición en la unidad de cuidados intensivos (UCI), a los gases anestésicos utilizando el sistema AnaConDa® (Anaesthetic Conserving Device). Se realizaron mediciones simulando una jornada de trabajo de 12 horas de un turno de enfermería utilizando un box de UCI, del hospital Vall d'Hebron. Con las conexiones/desconexiones del sistema Anaconda y procedimientos

de la práctica habitual: cambio de filtro anaconda, cambio y llenado de jeringa, realización de fibrobroncoscopia y mantenimiento durante el turno. Los boxes de la UCI disponen de una ventilación general entre 9-12 renov/h permitiendo mantener el box en presión negativa. Las medidas de prevención implantadas se basan en medidas técnicas de los equipos (uso del sistema de filtración en el equipo Anaconda), técnicas de ventilación (ventilación general en el box (6-12 renov/h) y buenas prácticas de trabajo en el personal que lo utiliza (formación e información). Se utilizaron captadores pasivos y se seleccionaron 4 puntos de medición: 1) Zona próxima a la zona respiratoria del paciente, 2) Ordenador de registro, 3) Punto de salida de gas del analizador de gases, 4) Muestreo personal a la enfermera a cargo del paciente durante el turno.

Resultados: Los resultados de exposición higiénica se valoran en referencia a los criterios establecidos en los "Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España 2019" y editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El límite establecido para una jornada de 8 horas es de 50 ppm. En NTP 932- uso de agentes anestésicos en ámbito no quirúrgico- indica VLA más restrictivos adoptados en otros países de la UE. Los valores obtenidos en 1) Zona respiratoria del paciente = 0,80 ppm; 2) Ordenador de registro y consulta de datos = 0,13 ppm; 3) Punto de salida de gas del analizador de gases = 0,93 ppm; 4) Enfermera a cargo del paciente durante el turno = 0,4 ppm.



Conclusiones: Los valores obtenidos se encuentran por debajo de los valores de referencia lo que demuestra la eficacia de las medidas de prevención implantadas para disminuir la exposición del personal expuesto.

225. DEXMETETOMIDINA VERSUS PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: PROTOCOLO DE ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO

Pérez Francisco I^a, Vallejo de la Cueva A^b, Quintano Rodero A^b, Echeazarra Escudero L^c, González Pérez MI^d, Muniozguen Puertas A^b, Medrano Fernández M^b y Escudero Argaluz J^a

^aISS Bioaraba en Vitoria-Gasteiz. ^bHospital Universitario Araba en Vitoria-Gasteiz. ^cUniversidad del País Vasco en Vitoria-Gasteiz. ^dComplejo Asistencial Universitario de León en León.

Objetivos: Objetivo principal: analizar la proporción de pacientes que requieren intubación orotraqueal. Objetivos secundarios: determinar las horas de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en cada grupo, analizar la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la duración de la estancia hospitalaria en cada grupo, comparar la mortalidad en UCI y la mortalidad hospitalaria por cualquier causa entre ambos grupos, describir la tolerancia a la VMNI durante la administración de la dexmedetomidina versus práctica clínica habitual (PCH), describir los efectos adversos derivados de la administración de la dexmedetomidina frente a PCH, valorar el grado de satisfacción del paciente con dexmedetomidina versus PCH.

Métodos: Ensayo clínico aleatorio, controlado, abierto, de grupos paralelos, Fase IV. Ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos de Euskadi y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Está registrado en ClinicalTrials.gov con el número NCT02958150. Los pacientes serán aleatorizados en un ratio 1:1 al grupo dexmedetomidina o al grupo PCH. Los pacientes asignados al grupo dexmedetomidina recibirán este fármaco de acuerdo con lo establecido en el protocolo. Para los pacientes asignados al grupo PCH, el clínico responsable decidirá el tratamiento que debe ser administrado (si lo considera necesario) de acuerdo con el protocolo establecido en el servicio. La variable principal será el porcentaje de intubación orotraqueal, y se evaluará mediante regresión logística, utilizando el programa SPSS versión 25.

Conclusiones: Este estudio proporcionará evidencia sobre si la administración de dexmedetomidina a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda de diferentes etiologías durante la VMNI, disminuye la necesidad de intubación, los tiempos de ventilación mecánica no invasiva, y la duración de estancia en UCI, con un perfil de seguridad adecuado.

226. DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS CON SDRA POR COVID-19: FACTORES PREDISPONENTES Y MODELO PREDICTIVO PARA SU DESARROLLO

Díaz Rodríguez C, Pérez Torres D, Canas Pérez I, Herrán Monge R, García García MM, Prieto de Lamo AM, Cuenca Rubio C, Berezo García JA, Tamayo Lomas LM y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo de delirio en pacientes críticos con COVID-19 y desarrollar un modelo capaz de predecirlo.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de pacientes críticos con SDRA por COVID-19 de marzo a mayo de 2020. Se registran datos clínicos y epidemiológicos. Resultados expresados como porcentaje, media \pm desviación estándar y mediana (P₂₅-P₇₅). Se aplican los test χ^2 o U de Mann-Whitney y regresión logística multivariante, según corresponda.

Resultados: Se incluyen 37 pacientes, 38% con delirio. 70% varones, edad 53 \pm 12, IMC 27 (25-32). APACHE-II 14 (11-16), Charlson 0 (0-1), Barthel 100. Estancia en UCI 20 (12-36) y hospitalaria 31 (21-57) días. Ventilación mecánica (VM) 95%, 18 (10-29) días. El resto O₂ alto flujo. Prono 78%, 2 (1-4) sesiones. 11% ECMO-VV. Bloqueo neuromuscular (BNM) 92%, 6 (3-12) días. Sedación 18 (10-24) días, 92% con midazolam. Neurolepticos 19%. Corticoides 49%. Debilidad adquirida en UCI 65%. Visitas familiares 5%. Se estudió asociación entre delirio y gravedad (APACHE-II 15 [13-17] vs 14 [11-16], p = 0,13), corticoides (OR 2,8, IC95% 0,7-11,1, p = 0,14), duración (días) estancia UCI (36 [12-48] vs 19 [10-33], p = 0,19), hospitalaria (55 [37-60] vs 28 [20-41], p = 0,06), VM (28 [15-43] vs 17 [7-24], p = 0,03), BNM (6 [10-14] vs 5 [3-11], p = 0,06) y sedación (21 [16-24] vs 8 [15-22], p = 0,04). Modelo de regresión logísti-

ca multivariante con sensibilidad 61%, especificidad 91%, ABC ROC 0,82 para predecir delirio ($p = 0,01$) (tabla):

	Coefficiente	Error estándar	OR	IC95%	p
Sexo femenino	-2,120	0,15	0,120	0,1-1,4	0,09
APACHE-II, por punto	0,226	0,15	1,255	0,9-1,6	0,07
Sedación, por día	0,002	0,06	1,002	0,9-1,1	0,98
VM, por día	0,060	0,04	1,062	0,9-1,1	0,12
Corticoides	1,570	5,16	0,003	0,6-39,3	0,14
Cons	-2,120	0,01			< 0,01

Conclusiones: La duración de la sedación y VM se asoció con desarrollo de delirio. Un modelo basado en las variables sexo, APACHE-II, días de sedación y de VM y tratamiento corticoideo permitió predecir el desarrollo de delirio, clasificando correctamente al 80% de pacientes.

Pósteres orales

Simulación/Nuevas tecnologías

227. ECOGRAFÍA MULTIÓRGANO ORIENTADA A LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CRÍTICOS

Sánchez Santamaría M, Barrero Almodóvar AE, Martínez Fernández CE, Armenta Lopez GP, Gallego Lara SL, Maroto Montserrat FL, Rufo Tejeiro O, Aguilar Cabello M y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en Bormujos.

Objetivos: Analizar el uso de la ecografía en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital comarcal, centrándonos en las modificaciones en la toma de decisiones derivada de los hallazgos durante la realización de la técnica.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo de las ecografías realizadas y registradas por intensivistas en el manejo de pacientes críticos entre junio y diciembre de 2020, en una UCI de un Hospital comarcal. Se utilizó un ecógrafo portátil Esaote® SLAB multisonda. Se recogieron variables demográficas, patología de ingreso, tipo de ecografía, hallazgos y toma de decisiones asociadas.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 152 pacientes. Se registraron un total de 68 estudios ecográficos en 91 localizaciones a 46 pacientes, 71% hombres, con edad media 64,5 años (DE 10,1). El diagnóstico al ingreso fue: neumonía bilateral por COVID-19 (25), enfermedad cardíaca aguda (8), shock séptico (7) y otros (6). Los tipos de ecografía realizada fueron: torácica (38), ecocardiografía (21), abdominal (6), FAST (5), vascular (3), técnicas ecoguiadas (14) y ecopsias de pacientes COVID-19 (10). De las 65 ecografías clínicas, en 41 (63%) se generó una toma de decisiones: descartar procesos graves en 14 (21%), diagnóstico causal en 12 (18%) y en 23 (35%) casos permitió una monitorización clínica (6 hemodinámica y 14 respiratoria, incluyendo manejo de pronóstico y drenajes torácicos). En 12 (18%) estudios se evitaron pruebas de imagen que implicaban otras especialidades, tiempo y desplazamientos.

Conclusiones: La ecografía multiórgano se ha convertido en una herramienta esencial en el manejo del paciente crítico, al facilitar la toma de decisiones, dar soporte al diagnóstico, guiar procedimientos y evitar traslados. La ecografía torácica ha cobrado gran protagonismo en la pandemia COVID 19 y la ecopsia ha facilitado el estudio necrópsico de pacientes en los que hay limitaciones para las autopsias.

228. ¿ES SUFICIENTE UN CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO PARA MANEJAR LA VÍA AÉREA EMERGENTE?

Flores González J^a, Álvarez López J^b, Oviedo Zampaña MR^c, Armenta López GP^d y Fernández Leal A^a

^aHospital Universitario de Jerez de la Frontera en Jerez. ^bHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^cHospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz. ^dHospital San Juan de Dios del Aljarafe en Bormujos.

Objetivos: Demostrar la necesidad de formación específica en manejo de la vía aérea para la atención del paciente críticamente enfermo o urgente por parte de médicos de emergencias.

Métodos: Se evaluaron las competencias para el manejo de la vía aérea (intubación orotraqueal mediante laringoscopia directa e inserción de dispositivo supraglótico -iGel, Intersurgical S.A.-) de un grupo de médicos de emergencias que habían recibido entrenamiento en soporte vital avanzado (SVA) en los dos últimos años. A los 64 alumnos de un programa específico de capacitación de vía aérea se les encuestó antes de recibir la formación sobre su experiencia en la materia así como su nivel de competencia percibido. Posteriormente y de forma individual, pasaron al laboratorio donde se habían preparado diversos escenarios clínicos donde habían de manejar la vía aérea sobre cadáver preservado en Thiel. Se midieron los tiempos tanto de laringoscopia como de inserción del supraglótico, así como la tasa de éxito al primer intento. Los especímenes (10 cuerpos) fueron escogidos al azar sin valoración previa de dificultad en la vía aérea, y a los alumnos se les realizó una introducción inmersiva en el escenario clínico para tratar de inducir estrés, logrando así el mayor realismo posible.

Resultados: El 85,9% (n = 55) de los alumnos se autodefinieron como competentes y autónomos para manejar la vía aérea del paciente crítico tras haber recibido formación en SVA en los dos últimos años (como discentes o como docentes). La inserción del dispositivo supraglótico al primer intento la lograron el 62,4% de los participantes (n = 40), con un tiempo medio de 42 segundos (desde apertura bucal hasta confirmación de la ventilación). La intubación traqueal al primer intento se logró en el 43,7% (n = 28) invirtiendo una media de 55 segundos, y precisando manipulación externa (BURP) hasta en el 53,6% (n = 15).



Conclusiones: El entrenamiento recibido en los programas de SVA es insuficiente para realizar un adecuado manejo de la vía aérea en entorno real, ya que suelen ser talleres de corta duración (45-60 minutos). Los profesionales de los servicios de urgencias/emergencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios deberían recibir formación específica integral en el manejo avanzado de la vía aérea, realizando talleres de microenseñanza y prácticas de forma periódica en laboratorios de anatomía aplicada o entorno clínico real.

229. HIPERKALIEMIA GRAVE COMO VALOR CRÍTICO Y ALERTA

García de la Torre A^a, de la Torre Prados MV^b, Navarrete Ortiz MC^a, Ortiz García C^a, Trillo López P^a y Díaz Ojeda J^a. Grupo de investigación: C17 IBIMA

^aHospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga. ^bIBIMA en Málaga. ^cUniversidad de Málaga e IBIMA en Málaga.

Objetivos: Evaluar el impacto clínico del valor crítico del potasio (VCK) sérico > 6,9 mEq/L tras ser validado con el objetivo de generar una alerta automatizada desde el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) al peticionario garantizando una actuación clínica más segura y óptima para el paciente.

Métodos: Estudio de intervención con Fase 1 o de control histórico desde el I/2018 a XII/2018, con inclusión de pacientes hospitalizados y de Urgencias > 14 años y VCK > 6,9 mEq/L. Se registraron variables demográficas, clínicas y el tiempo en diferentes actuaciones clínicas. El programa utilizado para el procesamiento de datos y el análisis estadístico descriptivo y comparativo se realizó con SPSS versión 18.0, según