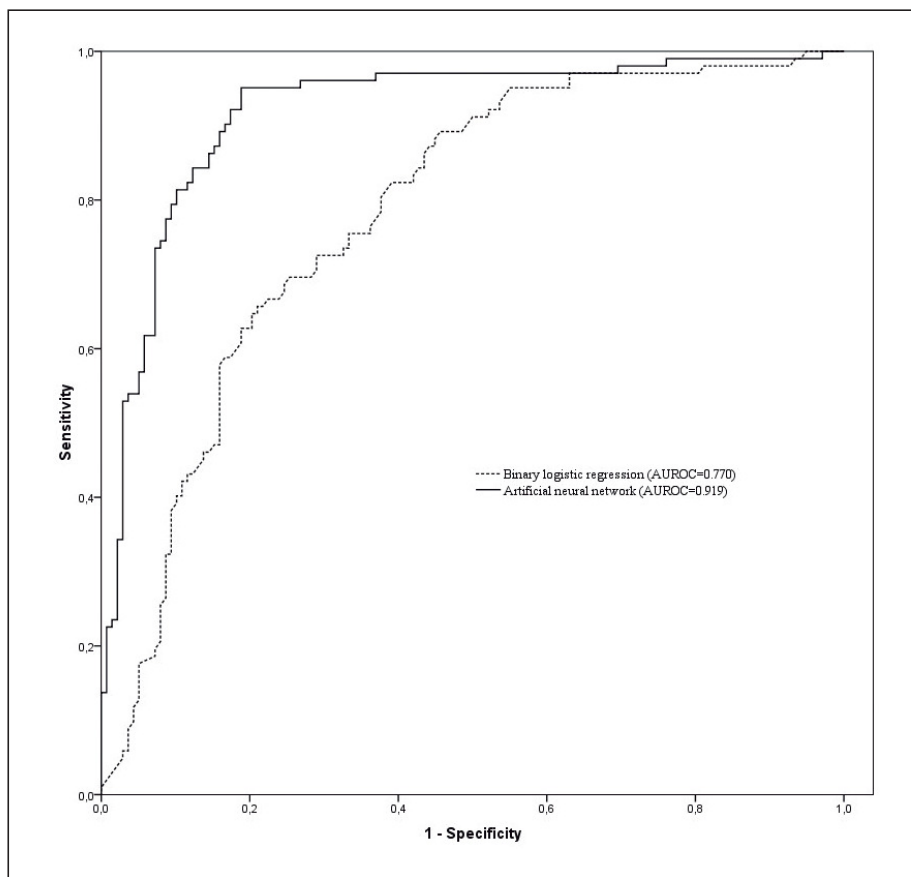


Figura Póster 232



del 95% de la tasa de mortalidad estandarizada incluida 1). El modelo RNA tuvo significativamente mayor rendimiento que el modelo RLB para predecir pacientes no supervivientes (área bajo la curva característica de funcionamiento del receptor de 0,919 frente a 0,770; $p < 0,01$ (fig.). Variables como edad, cáncer, tratamiento previo con oxigenoterapia convencional, creatinina, lactato y lactato deshidrogenasa estaban presentes en ambos modelos, y fueron importantes predictores de muerte en pacientes con COVID-19 basados en las primeras 24 horas de ingreso a UCI.

Conclusiones: Predicciones precisas de mortalidad para pacientes con COVID-19 basadas en su primer día de UCI admisión se obtuvieron utilizando los modelos RLB y ARN. Nuestro estudio podría proporcionar información útil para otros hospitales sobre cómo podrían desarrollar su mortalidad modelos de predicción. Además, ofrece información valiosa sobre qué variables podrían predecir un resultado fatal para los pacientes de la UCI con COVID-19.

Pósteres orales

Toxicología

233. TOXÍNDROMES EN LAS INTOXICACIONES AGUDAS QUE INGRESAN EN UCI

Serra Paya P, Luna Solis S, Puentes Yáñez J, Toll Salillas L, Huguet Briva M, Alonso Juste V, Sabater Riera J, Pérez Fernández X y Corral Ansa L

Hospital Universitario de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Recoger variables que determinan los diferentes toxíndromes para valorar su utilidad en pacientes intoxicados que ingresan en UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo de los pacientes intoxicados ingresados en la UCI del Hospital de Bellvitge del 01/01/15 al 31/12/20. Se recogieron las características demográficas y clínicas para conocer el toxíndrome (bradicardia < 80 /min, taquicardia > 100 /min, hipotensión PAS < 90 , hipertensión PAS > 160 , bradipnea < 12 /min, taquipnea > 20 /min, hipotermia < 35 °C, hipertermia $> 37,5$ °C, tamaño pupilar (puntiformes, miosis < 3 mm, midriasis > 5 mm, anisocoria, isocóricas normorreactivas), gastrointestinal (hipo/hiperperistaltismo, globo vesical, desconocido, normal), piel (sudorosa, seca, caliente, roja, piloerección, cianosis, normal, desconocido).

Resultados: $n = 135$ pacientes intoxicados. En un 73% hubo medicamentos (19% con otro tóxico), en 37% drogas de abuso, productos domésticos 7% y plantas y químicos industriales en 3%. En 24% hubo 1 medicamento, una sola droga 14% y en 53% 2 o más medicamentos y/o drogas. Se detectaron bradicardia 24%, taquicardia 30%, hipotensión 50%, hipertensión 25%, bradipnea 8%, taquipnea 30%, hipotermia 13%, hipertermia 9%, miosis 13%, pupilas puntiformes 2%, midriasis 13%, anisocoria 2%, hipoperistaltismo 1%, hiperperistaltismo 2%, globo vesical 1%, diaforesis 10%, piel seca 4%, piloerección 2%, arritmias 16%, somnolencia 49%, coma 62%, convulsiones 11%, delirio 2%, agitación 22%, temblor 7%, rigidez 6%, intubación orotraqueal (IOT) 9% y neumonía 35%. Del síndrome sedativohipnótico (bradicardia, hipotensión, bradipnea, hipotermia, miosis, hipoperistaltismo y piel seca), ninguno tuvo los 5-7 signos/síntomas y solo hubo 2 casos con 4 y 3 con 3 variables. Del síndrome anticolinérgico/serotoninérgico/simpaticomimético (taquicardia, hipertermia, midriasis, disminución de ruidos intestinales), ninguno tuvo los 4 signos/síntomas, 2 tuvieron 3 y 13 (10%) 2. Sólo 4 presentaron temblor y rigidez. Del síndrome colinérgico (bradicardia, miosis, hiperperistaltismo y diaforesis), ninguno tuvo los 4 signos/síntomas y 8 tuvieron 2 (6%).

Conclusiones: Los toxíndromes, aunque es importante conocerlos, en esta muestra específica de UCI no han sido útiles para diagnosticar el tipo de intoxicación. El alto porcentaje de coma e IOT, la dificultad en el registro de signos/síntomas y la gravedad podrían artefactar los toxíndromes en los casos que ingresan en UCI.

234. CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTOXICADOS INGRESADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Luna Solís S, Serra Paya P, Puentes Yáñez J, Toll Salillas L, Huguet Briva M, Alonso Juste V, Sabater Riera J, Pérez Fernández X y Corral Ansa L

Hospital Universitario de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Conocer causas de ingreso, tratamiento específico y de soporte, mortalidad y evolución de pacientes con intoxicación aguda en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo de pacientes intoxicados ingresados en UCI del Hospital Universitario de Bellvitge del 01/01/15 al 31/12/20. Se recogieron datos demográficos, tipo de intoxicación, clínicos, tratamiento específico y de soporte, mortalidad y seguimiento al alta.

Resultados: n = 135, hombres 56%, edad media 49a (DE 16). El tipo de intoxicación más frecuente fue 73% medicamentosa y 37% drogas de abuso. Al ingreso la media de APACHE II fue 18 (DE 9) y SOFA 7 (DE 4). 62% ingresó por coma, 50% hipotensión, 43% acidosis metabólica, 35% neumonía y 10% paro cardiorrespiratorio (PCR). Se realizó lavado gástrico en 15% y carbón activado en 22%. Antídotos: flumazenilo 50%, naloxona 31%, tiamina 7%, N-acetilcisteína 5% y en menos de 5% otros (ác. fólico, ác. ascórbico, atropina, azul de metileno, atropina, anticuerpos antidigital, bicarbonato, fisostigmina, glucagón, glucosa, hidxicobalamina, vitamina K y oxígeno hiperbárico). Técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) para eliminación del tóxico 6%. 2 pacientes (1,5%) ECMO y 1 eliminación extracorpórea de CO₂. Tratamiento de soporte: intubación orotraqueal (IOT) 79%, ventilación mecánica no invasiva 6%, noradrenalina 39%, inotropos 7% y TCRR como soporte (TCRRs) 16%. La estancia mediana en UCI fue de 2 días (RI 1-5) y hospitalaria 7 días (4-15). Un 57% fueron valorados por psiquiatría antes del alta. La mortalidad en UCI fue del 13% y al alta del hospital 14%. En los pacientes de mayor edad, mayor APACHE II/SOFA, paro cardiorrespiratorio (PCR), PaO₂/FiO₂ < 200, acidosis metabólica, TCRRs y necesidad de noradrenalina la mortalidad hospitalaria fue mayor, aunque en la regresión logística con estas variables (sin APACHE II y SOFA) solo la edad aumentó la mortalidad con una OR 1,036 (IC95% 1,003-1,069). El seguimiento se realizó a 101 pacientes entre un mínimo 0,6 y máximo 5,9 años. 13 fallecieron (10%), 31 (23%) presentaron una nueva intoxicación y 24 (18%) un nuevo intento de autólisis.

Conclusiones: La mayoría de pacientes que ingresaron en UCI precisaron IOT y soporte multiorgánico. La estancia fue corta y la mortalidad del 13%. A mayor edad aumentó la mortalidad de forma independientemente significativa. En el seguimiento al alta se encontró alta reincidencia (intoxicaciones, intentos de autólisis).

Pósteres orales

Bioética

235. ¿ES NECESARIO REDISEÑAR LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Molina Domínguez E^a, Díaz Álvarez JM^b y Bueno González A^a

^aHospital General Universitario en Ciudad Real. ^bDepartamento de Filosofía Moral y Política (UNED) en Madrid.

Introducción y objetivos: Existe unanimidad en que los documentos de Consentimiento Informado (CI) no debe ser solo visto como requisito legal, sino como un ideal al que tender, dado que asegura los principios de la bioética, el deber de lealtad y posee múltiples beneficios para la Medicina (relación médico-paciente, paciente y médico); sin embargo, se ha cuestionado su validez en las situaciones agudas graves y en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI). El estudio pretende informar sobre su utilidad en nuestro SMI.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de 50 pacientes a los que se les ha de realizar cateterismo de urgencia por síndrome coronario agudo (SCA/CEST). Todos los pacientes eran competentes para la toma de decisiones, estaban conscientes y con clínica típica de dolor torácico coronario con datos en el electrocardiograma (ECG). A ninguno de los pacientes se le había realizado previamente el procedimiento o

tratamiento correspondiente. A todos los pacientes se les dio el documento de CI desde el Servicio de Urgencias que había sido aprobado por el Hospital.

Resultados: Del total de pacientes, no hubo ningún paciente que realizó la lectura del documento de CI. La información dada por los especialistas encargados del paciente respecto a su patología y tratamiento fue suficiente para lograr la firma del CI. No hubo diferencias entre los pacientes ancianos (> 80 años, 55%) y los menores de 80 años (45%), ni en el sexo (75% varones). Las preguntas que realizaron los pacientes estaban relacionadas con: la gravedad de su situación, la patología padecida y si el procedimiento/tratamiento era doloroso. Todos los pacientes firmaron el documento de CI siendo conscientes de la gravedad de su situación.

Conclusiones: 1. Todos los pacientes adquirieron una impresión realista de su propio estado de salud, realizando una evaluación de las alternativas que se les ofrecían mediante la información clínica aportada por el especialista y sin lectura del documento de CI. 2 Dado los resultados, se deberían valorar rediseñar estos documentos de CI en los SMI o Servicios de Urgencias para tratamientos vitales en donde el paciente es competente.

Pósteres online

Cardiovascular

236. EQUIPOS DE ATENCIÓN RÁPIDA FRENTE A LA PCR INTRAHOSPITALARIA: ¿FUNCIONAN?

Herrero García S, Pascual Bielsa A, Mayordomo García C, Lozano Gómez H, Matute Guerrero A, Arche Banzo MJ, Abansés Moreno P, Montes Aranguren M, Isern de Val I y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Conocer las características de la PCR intrahospitalaria en el momento actual y evaluar la efectividad de nuestro equipo de atención rápida.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en el análisis de historias clínicas de pacientes que han sufrido una PCR intrahospitalaria (recuperada o no) en 2017-2019, tras implantarse el equipo de atención rápida a la PCR en nuestro hospital. Se realiza análisis descriptivo comparativo con estudio interno realizado en el periodo 2014-2015, previa introducción de dicho equipo. En este último se recogen datos de todas las PCR atendidas en la unidad de cuidados intensivos: PCR recuperadas independientemente del lugar y no recuperadas que acontecen en la UCI. La recogida de datos y el análisis estadístico se lleva a cabo con el programa SPSS versión 25,0. Se realiza análisis descriptivo, expresado como mediana en el caso de variables cuantitativas; o como porcentajes en el caso de variables categóricas.

Resultados: Los datos sobre edad, sexo y etiología son superponibles en ambas muestras. Destaca la disminución de PCR con ritmos no desfibrilables en el estudio más reciente que podría explicarse por la ausencia de paradas extrahospitalarias en este grupo. La mortalidad ha descendido un 2% en los últimos años. Se debe tener en cuenta la limitación en los resultados al no ser muestras homogéneas.

	2014-2015	2017-2019
Periodo estudio (meses)	24	30
N	106	116
Sexo varón	61%	63,8%
Edad	66 (± 16)	74 (± 8)
Ritmo inicial desfibrilable	32%	25%
Supervivencia al mes	29%	31%
Lugar PCR		
Intrahospitalaria	80%	100%
Extrahospitalaria	20%	
Etiología: cardiológica	34%	32,8%

Conclusiones: La implantación del equipo de atención rápida a la PCR podría ser el factor determinante de la disminución de la mortalidad intrahospitalaria detectada. El menor porcentaje de ritmos no desfibrilables está en concordancia con la etiología cardiológica de la parada, que ha sido menor en el registro de los últimos años.