

Objetivos: Describir las características demográficas y hallar diferencias en los resultados entre los pacientes ingresados durante la primera y segunda ola de la pandemia COVID-19 en una UCI polivalente de 31 camas, en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados por neumonía COVID-19 durante el período de marzo-abril (primera ola) y septiembre-diciembre (segunda ola). Se recogen variables demográficas (sexo, edad, comorbilidad) y variables clínicas (días de ventilación mecánica, realización de traqueotomía y supervivencia al alta de la UCI).

Resultados: En el primer período se recoge un total de 44 ingresos, de los cuales el 72% eran varones y cuya media de edad fue 61 años. En el segundo período se mantienen unos datos demográficos similares (69% de varones, con una edad media de 63 años) en un total de 93 pacientes. La media de días de ventilación mecánica fue de unos 17 días en ambos períodos. Durante la primera etapa se realizó traqueotomía percutánea al 36% de los pacientes, descendiendo esta cifra al 30% en la segunda. Se ha objetivado que la mortalidad en la UCI ha descendido de un 34% a un 21%. De manera llamativa, se observa también una disminución en las cifras de fracaso renal y hepático, así como en las infecciones nosocomiales.

Conclusiones: Afortunadamente, la mortalidad y las complicaciones en nuestra UCI ha disminuido entre las dos primeras olas de la pandemia. Se necesitan estudios más extensos para determinar si estas diferencias se deben a una mejor calidad asistencial (incluida una menor iatrogenia achacable al tratamiento médico utilizado) o bien a un cambio en la virulencia del virus que nos afecta.

Pósteres online

Respiratorio

284. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR COVID-19 ¿HA CAMBIADO NUESTRA FORMA DE OXIGENAR ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA OLA EPIDÉMICA?

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

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra en Pontevedra.

Introducción: Diciembre de 2019 surge un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en China provocando una pandemia que produce una insuficiencia respiratoria aguda grave (SDRA).

Objetivos: describir la forma de oxigenar los pacientes con SDRA ingresados en nuestro servicio en la primera ola (1-OL) (marzo-abril 2020) y la de la segunda ola (2-OL) (septiembre-diciembre 2020).

Métodos: estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con SDRA secundario a infección por COVID19 ingresados en la 1-OL y la 2-OL. Analizamos sexo, intervalos de edad, APACHE II, SOFA, comorbilidades y las variables respiratorias: v. mecánica invasiva (VI): modalidad presión (Pr)/volumen (Vo), FiO2, PEEP, pronó (DP) y bnm; v. mecánica no invasiva (Vnl): modalidad de VMNI (BIPAP/CPAP), CNAF o ambos y FiO2, siendo excluidos (sí < 24 h de Vnl y los extubados que precisan de rescate con Vnl). Complicaciones: re-IOT, cambio TOT y traqueotomías (Trq): quirúrgica (qx) o percutánea (pc).

Resultados: analizamos un total de 62 pacientes: 22 de la 1-OL y 40 de la 2-OL. De 22 de la 1-OL: 19 varones (V)/3 mujeres (F), < 60 años: 4, entre 60-70: 13 y > 70: 7. APACHE II: 26 ± 7, SOFA: 7,5 ± 1,9. OCFA/asma: 4 (3/1), IMC > 30: 5, inmunodeprimidos: 4, HTA: 13, DM:4. Precisarón VI (1-OL): 22 pacientes (100%), por Pr: 14 y por Vo: 8. FiO2: < 0,6: 5, de 0,6-0,8: 12 y > 0,8: 5. PEEP mmHg: < 9: 3, de 9-12: 13 y > 12: 6. DP: 18 (primeras 24h: 8) y bnm: 14. De 40 de la 2-OL precisaron VI: 13 y 27 Vnl. Sexo: 32 V/8 F (VI: 10 V/3 F, Vnl: 22 V/5 F), edad < 60 años: 10 (3 VI/7 Vnl), 60-70: 23 (7 VI/16 Vnl) y > 70: 6 (2 VI/4 Vnl). APACHE II: 26,5 ± 8 (VI) y 25,8 ± 8,4 (Vnl), SOFA: 7,3 ± 2,7 (VI) y 7,1 ± 1,8. OCFA/asma: 5 (3 VI/2 Vnl), IMC > 30: 17 (6 VI/11 Vnl), inmunodeprimidos: 7 (4 VI/3 Vnl), HTA: 17 (7 VI/10 Vnl), DM: 12 (3 VI/9 Vnl). De la 2-OL precisaron VI: 13, por Pr: 8 y por Vo: 5. FiO2: < 0,6: 1, de 0,6-0,8: 6 y > 0,8: 6. PEEP: < 9: 4, de 9-12: 7 y > 12: 2. DP: 6 (primeras 24h: 4) y bnm: 6 y de la 2-OL precisaron Vnl: 27 modo VMNI: 8 (BIPAP: 6/CPAP: 2), CNAF: 14 y

mixto: 5. FiO2: < 0,6: 4, de 0,6-0,8: 16 y > 0,8: 7. Complicaciones respiratorias: re-IOT: 4 (1-OL)/2 (2-OL), cambio TOT: 7 (1-OL)/3 (2-OL), Trq: 5 (1-OL): 4 qx/1 pc y 4 (2-OL): 2 qx/2 pc.

Conclusiones: En la 1-OL precisó VI: 100%, modalidad Pr: 64%, FiO2 0,6-0,8: 55%, PEEP 9-12: 60%, DP: 81% y bnm: 64%. En la 2-OL precisó VI: 32,5%, modalidad Pr: 61,5%, FiO2 0,6-0,8: 46%, PEEP 9-12: 54%, DP: 46% y bnm: 46% frente al 67,5% de Vnl (CNAF: 52%, BIPAP/CPAP: 30%) y FiO2 0,6-0,8: 59%.

285. NIVELES DE VITAMINA C EN PACIENTES CON SDRA SECUNDARIO A SARS-CoV-2

Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Roca O, Ferrer R y Ruiz Rodríguez JC. Grupo de investigación: Shock, Organ Dysfunction and Resuscitation

Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Estudio de las concentraciones plasmáticas de vitamina C en los pacientes con SDRA secundario a neumonía por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2).

Métodos: Se ha realizado un corte transversal en pacientes ingresados en UCI, unicéntrico, observacional, prospectivo. Se estudiaron las concentraciones plasmáticas en una población adulta de pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 que cumplían criterios de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) siguiendo la definición de Berlín y las variables relacionadas con el tratamiento de la neumonía por SARS-CoV-2 y las medidas de soporte orgánico recibidas. También se analizaron variables demográficas, gravedad (APACHE II), disfunción orgánica (SOFA), mortalidad (UCI y hospitalaria). Se ha definido el fracaso renal agudo siguiendo las definiciones KDIGO. Se ha medido la concentración plasmática de vitamina C mediante cromatografía líquida de alta resolución, cuyo límite de detección es de 1,5 ml/L. Los datos se expresan como frecuencia (%) si son categóricos y mediana (rango intercuartílico) o media (desviación estándar) si son cuantitativos. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro (PR(AG)270/2020) con exención de consentimiento informado.

Resultados: Se han estudiado 18 pacientes [7 (38) hombres, edad 59 (9) años, SOFA 4,8 (1,1) y APACHE II 16,2 (6,8)]. Ninguno de los pacientes incluidos presentó shock o sepsis al ingreso; asimismo, tampoco se documentó coinfección bacteriana. Todos (100%) los pacientes requirieron intubación orotraqueal en las primeras 24h de ingreso en UCI. La extracción de la muestra de sangre para el análisis se realizó a los 17,5 (7) días desde el ingreso en UCI. 14 (77%) pacientes fueron tratado con antivirales, 17 (94%) con hidroxiquina, 13 (72%) con tocilizumab y 10 (55%) con metilprednisolona. Todos (100%) los pacientes requirieron relajación neuromuscular y 17 (94%) pacientes requirieron el uso de decúbito prono. El resto de las características clínicas se describen en la tabla. 17 (94%) pacientes presentaron niveles indetectables de vitamina C, y 1 paciente presentó niveles por debajo del rango de referencia en la población sana.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con SDRA asociado a SARS-CoV-2, los niveles de vitamina C son extremadamente bajos.

286. SUPERPOSICIÓN DE MASCARILLA QUIRÚRGICA Y N95 DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2

Pérez González C, Pérez-Cosío Pérez M, Martínez Cuesta A, Antolín Casas M, Arigita Marquín P, González Castro A y Escudero Acha P. Grupo de investigación: Equipo multidisciplinar UCI- COVID

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar el impacto que el uso concomitante de mascarillas quirúrgicas y N95 tienen en la retención de dióxido de carbono, efectos clínicos; y su relación con las diferentes cargas de trabajo de enfermería.

Métodos: Estudio prospectivo (mayo-2020), en una UCI-COVID. Se recogieron: la duración del turno, las cargas de trabajo de enfermería mediante la versión castellana del NAS en la UCI-COVID y variables fisiológicas que incluyeron pH, pCO2, pO2, glucemia, lactacidemia, p50, HCO3, EB; sintomatología subjetiva (náuseas, dolor de cabeza, dificultades visuales, dificultad para respirar, palpitaciones, confusión y dificultad para comunicarse). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra usando frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar. Se consideró significativo un valor de p < 0,05. Para conocer la correlación entre las variables estudiadas se utilizó el test de correlación de Spearman.

Figura Póster 285

TABLA 1

| Variable | COVID-19 (n=18) | SDRA |
|--|-----------------|------|
| Edad (años) | 59 (9) | |
| Género (n, %, hombre) | 7 (38) | |
| SOFA | 4.8 (1.1) | |
| APACHE II | 16.2 (6.8) | |
| Días desde el ingreso en UCI hasta la extracción de muestra | 17.5 (7) | |
| Días desde la intubación orotraqueal hasta la extracción de la muestra | 17.5 (7) | |
| Variables relacionadas con SDRA | | |
| PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg) en la extracción de la muestra | 94 (25) | |
| PEEP (cmH ₂ O) en la extracción de la muestra | 14 (2) | |
| Relajación neuromuscular en VMI (n, %) | 18 (100) | |
| Maniobra de pronó (n,%) | 17 (94) | |
| Fracaso renal* | | |
| FRA (n, %) | 3/18 (17) | |
| - FRA I (n, %) | 2/3 (66) | |
| - FRA III (n,%) | 1/3 (33) | |
| TCRR (n,%) | 1/18 (6) | |
| COVID-19 tratamiento | | |
| Antivirales (n,%) | 14 (77) | |
| Hidrocloroquina (n,%) | 17 (94) | |
| Tocilizumab (n,%) | 13 (72) | |
| Metilprednisolona (n,%) | 10 (55) | |
| HBPM a dosis anticoagulante (n,%) | 8 (44) | |
| Outcome | | |
| Estancia en UCI (días) | 28 (15) | |
| Outcome Hospital (supervivencia) (n,%) | 18 (100) | |

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes incluidos. SOFA: sequential organ failure assessment; APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos, PF: PaO₂/FIO₂ ratio; PEEP: positive end expiratory pressure; FRA: fracaso renal agudo; TCRR: terapia continua de reemplazo renal; HBPM: heparina de bajo peso molecular. * Se ha definido el fracaso renal agudo siguiendo las definiciones KDIGO².

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 30 participantes. El valor de la escala NAS medio fue de 229,54 ± 64,3 y el tiempo medio de permanencia en la UCI-COVID desarrollando trabajo con el EPI fue de 139,83 ± 73,46 minutos. En cuatro determinaciones (13%) el valor encontrado de pCO₂ fue superior a 50 mmHg, con un valor medio de 53,95 (4,25). En ningún caso se registraron hipoglucemias, ni valores de hiperlactacidemia (> 2 mg/dL). La sintomatología subjetiva más prevalente fue la dificultad para comunicarse en 28 de los 30 participantes (93%), seguida de la confusión en 18 (60%), las dificultades visuales 16% y dolor de cabeza en el 10%. Ningún participante experimentó náuseas, dificultad para respirar y palpitaciones. En el análisis de correlación de Spearman no se evidenció asociación significativa entre la ratio NAS/tiempo y la pCO₂ (Rho 0,206; p = 0,274), entre el tiempo y la pCO₂ (Rho -0,335; p = 0,071), ni entre el NAS y la pCO₂ (Rho 0,006; p = 0,973).

Conclusiones: Nuestros datos ponen en evidencia que el uso concurrente de máscaras quirúrgicas, usadas como una barrera externa con el fin de extender la vida útil de las N95 durante la pandemia del SARS-CoV-2.

287. "SUPERANDO EXPECTATIVAS". A PROPÓSITO DE UN CASO: ESPECTACULAR RECUPERACIÓN DE UN PACIENTE INGRESADO EN NUESTRA UCI POR NEUMONÍA BILATERAL POR SARS-CoV-2 CON SDRA GRAVE E INGRESO PROLONGADO

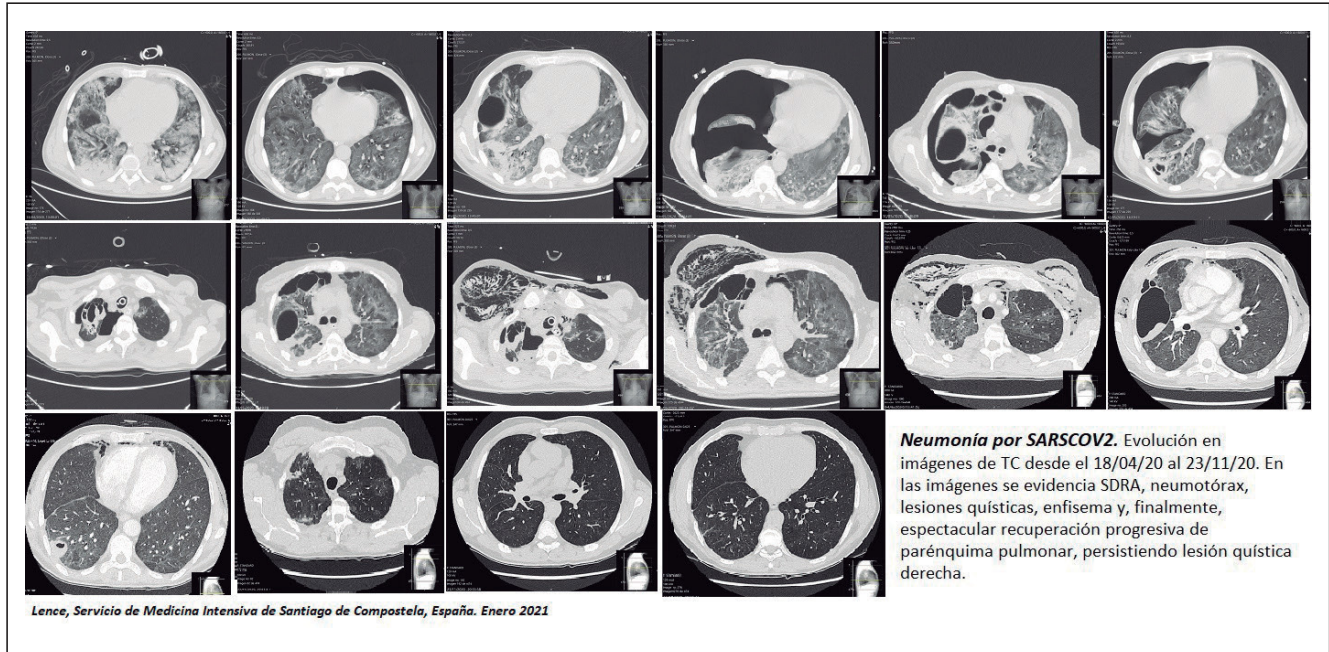
Lence Massa B, Rivero Velasco C, Santiago Langarica A, López Lago A, García Allut JL, Hernández Vaquero R, Granja Gómez IL, Acosta Vidal I, Fernández Villanueva JR y Galbán Rodríguez C. *Grupo de investigación:* Servicio de Medicina Intensiva

Complejo Hospitalario Clínico Universitario de Santiago de en Santiago de Compostela.

Objetivos: Optimizar la toma de decisiones durante el SDRA secundario a neumonía por SARS-CoV-2 teniendo en cuenta la evolución a largo plazo.

Métodos: Se ha realizado un seguimiento prospectivo desde el día 08/04/20 de la evolución de un hombre de 42 años, personal sanitario, sin antecedentes previos, diagnosticado de neumonía bilateral grave

Figura Póster 287



por SARS-CoV-2 con SDRa grave, precisando ingreso en UCI y conexión a ventilación mecánica durante 43 días. Como complicaciones durante el ingreso en UCI presenta: neumotórax recurrentes bilaterales, precisando colocación de múltiples drenajes torácicos; enfisema bilateral con neumomediastino; neumatocele en LID; sobreinfección de lesión quística en LSD; infecciones respiratorias nosocomiales por *Enterococcus faecalis* y *Stenotrophomonas maltophilia*, insuficiencia renal aguda y desnutrición energética grave. Se han realizado TC torácicos durante el ingreso en UCI en los que se evidencia la evolución de las lesiones anteriormente citadas. En mayo, se llegó a plantear la realización de neumonectomía unilateral por neumotórax recurrentes a tensión, decidiéndose en sesión clínica no intervenir. Es dado de alta el día 15/06/20, cuando se decide incluir al paciente en lista de espera para trasplante pulmonar dada la gravedad de las lesiones pulmonares establecidas. Se realiza seguimiento en consultas externas de neumología en julio, septiembre y diciembre. En noviembre de 2020 se realiza espirometría y TC torácico de control.

Resultados: En las imágenes de TC realizadas entre abril y noviembre de 2020 se evidencia la evolución y resolución de las complicaciones presentadas secundarias a neumonía grave por SARS-CoV-2. En la espirometría se evidencia una recuperación de la capacidad funcional respiratoria. En septiembre de 2020, mMRC 0. En enero de 2021 este paciente es capaz de correr 30 km.

Conclusiones: Este paciente presenta una recuperación sobresaliente 6 meses después de haber padecido una neumonía grave por SARS-CoV-2. Ha sido una buena decisión no realizar neumonectomía. Quizás no hubiese precisado valoración para trasplante pulmonar. Si más pacientes con estas características presentasen una recuperación similar tras ser dados de alta, las decisiones tomadas durante la estancia en UCI con respecto a neumonectomía, trasplantes e incluso limitación del esfuerzo terapéutico, deberían ser replanteadas.

288. EXPERIENCIA EN LA UCI DE SANTIAGO DE COMPOSTELA CON PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA BILATERAL POR SARS-CoV-2

Lence Massa B, Rivero Velasco C, Santiago Langarica A, Barral Segade P, Giráldez Vázquez E, Saborido E, Virgós Pedreira A, Suárez Freire A, de Larrinaga I y Mariño Rozados A. Grupo de investigación: Servicio de Medicina Intensiva

Complejo Hospitalario Clínico Universitario de Santiago de C en Santiago de Compostela.

Objetivos: Experiencia en la UCI COVID de Santiago de Compostela desde marzo hasta noviembre de 2020.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Hemos recogido datos de las historias clínicas de 50 pacientes que han requerido ingreso por neumonía grave por SARS-CoV-2. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS statistical software versión 20 (SPSS, Inc., Chicago, IL) y las gráficas con Datastudio.

Resultados: Han ingresado 50 pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 en la UCI, 23 en la primera ola, 27 en la segunda. La edad media ha sido 64 años, siendo el más joven de 38 y el mayor de 88; 38 hombres y 12 mujeres. Todos ellos ingresan en situación de insuficiencia respiratoria grave, 44 con imagen en radiografía de tórax de neumonía con afectación de más de 1 campo pulmonar. El 40% de los pacientes precisaron intubación y conexión a ventilación mecánica a su llegada a UCI, en un 54% se inició soporte con cánulas nasales de alto flujo, fracasando en el 90% y requiriendo posterior intubación y conexión a respirador en un tiempo variable entre 15 minutos y 3 días. Se ha realizado prono en el 60% de los pacientes, con respuesta positiva en la mayoría. La media de conexión a ventilación mecánica ha sido de 16 días, siendo el máximo de 43. Se ha realizado traqueotomía en 6 de los 27 pacientes ingresados durante la segunda ola. En total: 44 de los 50 pacientes requirieron conexión a ventilación mecánica. El 94% de los pacientes han recibido tratamiento con corticosteroides. Un 38% de los pacientes recibió tratamiento con tocilizumab, y 1 paciente anakinra. Un 52% de los pacientes ha recibido HBPM a dosis de anticoagulación, y solo un 48% a dosis profiláctica. Hay dos olas claramente perfiladas entre marzo y noviembre de 2020.

Conclusiones: Hace un año la infección por SARS-CoV-2 no era conocida, ahora empiezan a definirse las estrategias terapéuticas, quedando mucho por perfilar, sobre todo en lo referente a inmunosupresión y anticoagulación. También hemos aprendido a identificar el perfil clínico del paciente que ingresa en UCI con esta patología: afectación radiológica extensa en la radiografía simple de tórax e insuficiencia respiratoria aguda grave. El empeoramiento clínico en la neumonía por SARS-CoV-2, de producirse, suele ser brusco, y la probabilidad de precisar conexión a ventilación mecánica es alta.

289. CARACTERÍSTICAS DE NUESTRA COHORTE DE PACIENTES CON NEUMONÍA COVID RELACIONADAS CON LA MORTALIDAD

Fernández Cuervo A, Revuelto Rey J, Gómez García B, de Mota Dengra E, Salas Martín J y Marcote Denis B

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar las características y complicaciones de nuestra cohorte de pacientes ingresados en el periodo 2020 con el diagnóstico de neumonía COVID con la mortalidad observada de nuestros pacientes.

Figura 1 Póster 288

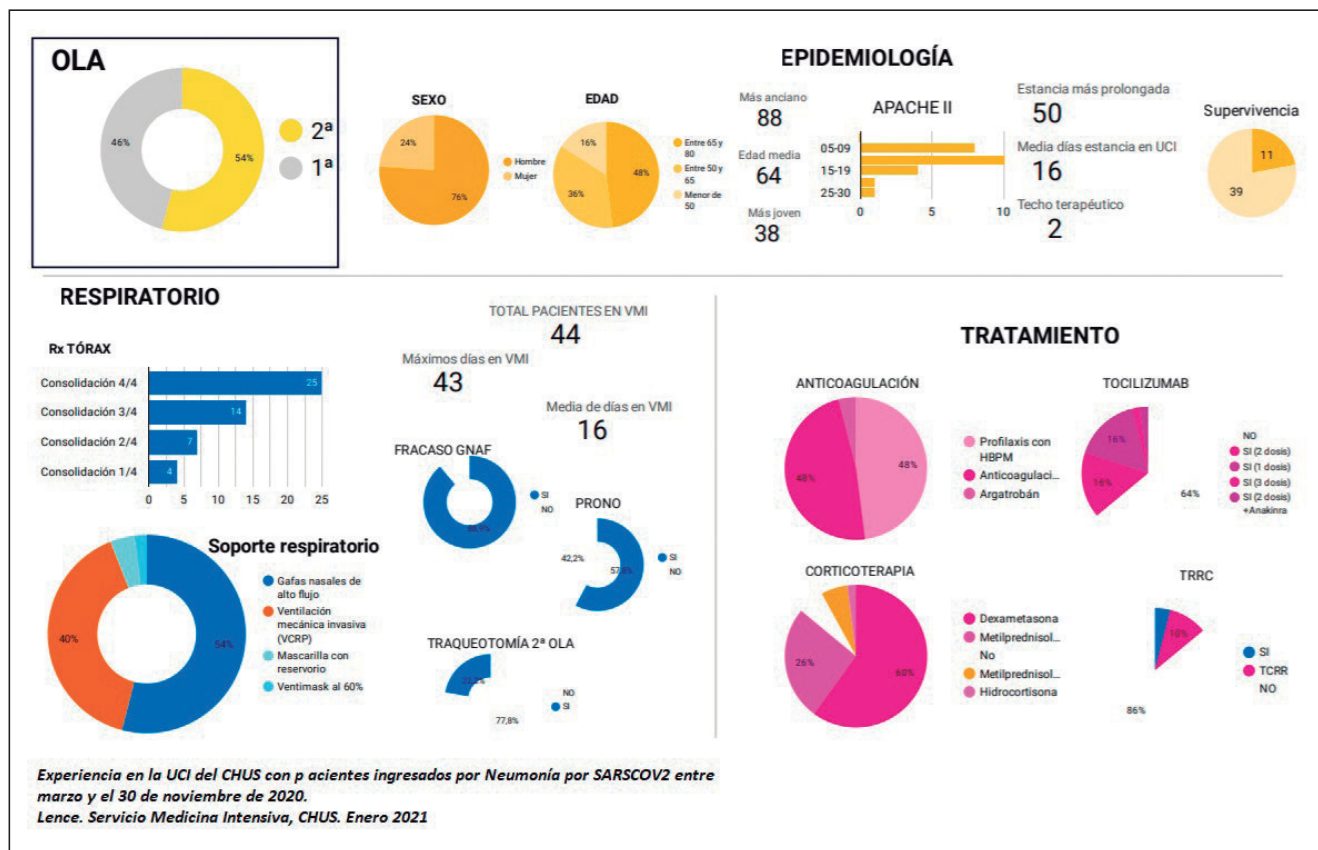
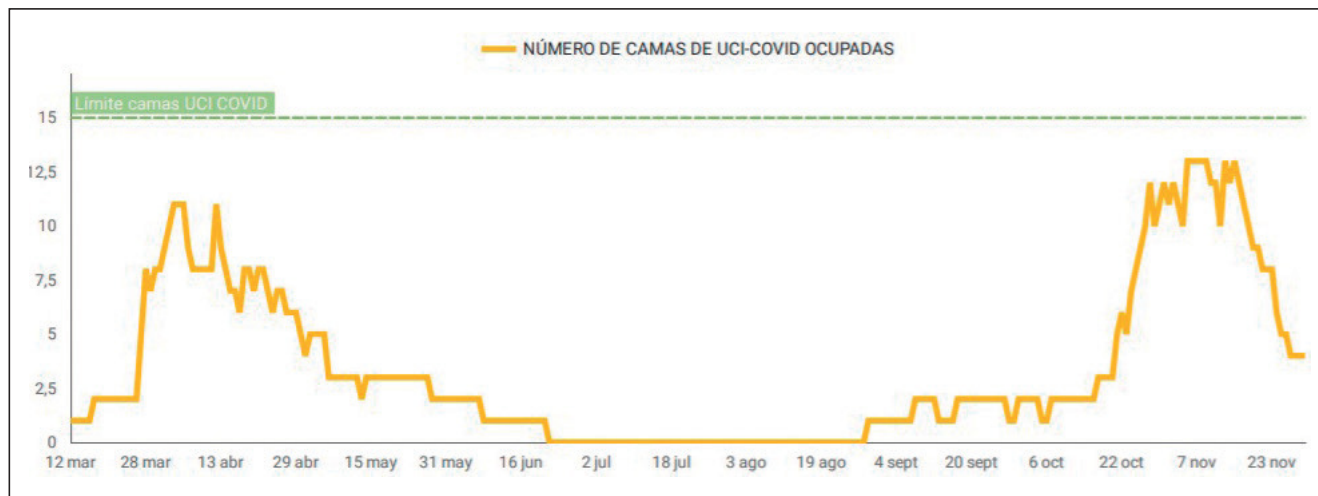


Figura 2 Póster 288



Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo 2020 (marzo a 31 diciembre). Variables analizadas: sexo, edad, necesidad de ventilación mecánica, grupo sanguíneo, factores cardiovasculares, bacteriemias y sobreinfecciones respiratorias, tromboembolismo pulmonar, neumotórax, fracaso renal con necesidad de hemofiltración.

Resultados: Durante el año 2020 hemos ingresado un total de 54 pacientes, 26 de ellos han evolucionado de manera favorable con alta hospitalaria, y 2 aun permanecen ingresados en el hospital quedando excluidos del análisis estadístico. Del total de los pacientes fallecidos eran 60% hombres. Los análisis respecto a la edad, la media ha sido 64,9 años (siendo la edad mínima 33, y la máxima 80). Del total de pacientes ingresados, el 69% precisó ventilación mecánica invasiva, falleciendo el 68%. Los ingresados con más de 75 años (11 casos), 6 han re-

querido ventilación mecánica (4 han sido exitos) y 5 han recibido ventilación mecánica no invasiva con cánulas nasales de alto flujo (1 fallecido). En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes fallecidos, el 56% eran HTA, 61% diabéticos, 45% dislipémicos y 53% eran obesos y el grupo sanguíneo predominante en este grupo ha sido A+ seguido de 0+. De los 4 pacientes ingresados inmunodeprimidos previamente, debido a trasplante renal, todos ellos fallecieron. Con respecto a las complicaciones asociadas analizadas, los pacientes que han desarrollado fracaso renal y que han recibido terapia extracorpórea de depuración extrarrenal (5), los casos de tromboembolismo pulmonar (3) o que han presentado neumotórax (9) todos ellos han fallecido. El 77% de los pacientes con bacteriemia y el 50% de las sobreinfecciones respiratorias ha tenido como desenlace final exitus.

Conclusión En nuestra cohorte de pacientes, el sexo masculino, con FRCV y más años han tenido mayor mortalidad. El desarrollo de complicaciones durante su ingreso (sobreinfecciones, fracaso renal, neumotórax, tromboembolismo) y los pacientes inmunodeprimidos (trasplantes) el desenlace ha tenido peores resultados.

290. ¿INFLUYE LA OBESIDAD EN LA EFECTIVIDAD DE LA PREOXIGENACIÓN PREVIA A LA INTUBACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO?

Flores González J, Breval Flores A y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera en Jerez.

Introducción: El manejo de la vía aérea en el paciente crítico es siempre un desafío: a la propia enfermedad se le añade la agresión farmacomecánica de la intubación, que puede ser un momento crítico con complicaciones fatales, estando descritas complicaciones severas hasta en el 31%. Además de la anticipación de la vía aérea difícil (VAD) mediante escalas como MACOCHA, un pilar es la adecuada preparación y preoxigenación del paciente.

Objetivos: Sabiendo que el paciente obeso (índice de masa corporal -IMC- > 25) es especialmente tendente a hipoxemia precoz, es una población en la que puede resultar especialmente útil hacer énfasis en estas medidas. Conocer la efectividad de la adecuada preoxigenación en el paciente crítico obeso (IMC > 25) en la intubación traqueal urgente.

Métodos: Se incluyeron los pacientes intubados de forma urgente en la Unidad de Cuidados Intensivos por causa distinta a paro cardíaco durante 4 meses consecutivos. El diagnóstico de obesidad se realizó siguiendo la clasificación de la OMS con un IMC > 25. Las variables recogidas fueron: sexo, peso, talla, y saturación de oxígeno periférico pre-intubación, y forma de preoxigenación y preparación. Los resultados fueron analizados mediante SPSS para Mac.

Resultados: Un total de 46 pacientes fueron incluidos en el estudio. El IMC global fue de $29,54 \pm 7,71$ puntos. Se comparó la variación de SpO₂ basal y preintubación tras la preoxigenación. El grupo de normopeso experimentó un incremento de del 102,78% (de una SpO₂ media basal de 90% pasaron a una SpO₂ media de 92%), mientras que en el grupo de obesos la mejoría de oxigenación llegó a ser del 109,10% (de una SpO₂ media de 88% pasaron a una SpO₂ media de 96%).

Conclusiones: Aunque el paciente obeso parte de peor una oxigenación basal (media 88%), la efectividad de la preoxigenación es mayor (incremento > 6,38%) que en los paciente con normopeso. Esta mayor rentabilidad de la preoxigenación del paciente crítico obeso está en gran medida relacionada con el componente de hipoventilación, por lo que la posición en rampa además del soporte respiratorio mejoran en gran medida las condiciones del paciente previo a la intubación. La adecuada preparación y preoxigenación del paciente crítico debería ser una rutina, cobrando mayor relevancia en el paciente obeso.

291. INFECCIÓN SARS-CoV-2. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martín Sánchez L, Sampedro Martín I, Díez Urdiales E, Fransi Portela I, Huguet Embún L, Peiró Chamorro M, Esteban Molina A, Giménez Lecina J, Noblejas Drouot S y Sampedro Calavia E

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Estudiar las complicaciones de los pacientes afectados de COVID-19 crítico y analizar la relación existente entre ellas y el curso clínico del paciente, estableciendo su asociación con la mortalidad y con la estancia media en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de los pacientes ingresados por infección COVID-19 en la UCI del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (marzo y abril de 2020).

Resultados: N = 68 pacientes, edad media 66 años. La mortalidad fue del 36,8% y la estancia media de 23,9 días. El 67,6% presentaron alguna infección nosocomial (35% colonizados por gérmenes MR, 45% traqueo-bronquitis asociada a VM, 31% neumonía asociada a VM, 32% bacteriemias secundarias, 28% infección del tracto urinario, 3% diarrea asociada a *Clostridium difficile*, 3% aspergilosis pulmonar y 4,4% candidemia). El diagnóstico de NAMV se asoció a mayor mortalidad (57%), estadísticamente significativo. Un 30,9% presentaron shock séptico con una mortalidad del 70%, p > 0,05. El shock séptico y la NAMV implicaron una estancia

media mayor (32 y 34 días respectivamente). TAVM, ITU y la colonización por gérmenes MR no se asociaron estadísticamente con mayor mortalidad pero sí con incremento de los días de ingreso (37, 34 y 38 días respectivamente). El 42% de nuestros pacientes sufrieron algún grado de FRA y el 23,5% precisaron de terapia de reemplazo renal con una mortalidad estadísticamente superior (55 y 68%) y una estancia media prolongada (31 días). La incidencia de TEP fue baja 4,4% y no se asoció a mayor mortalidad. Las complicaciones hemorrágicas importantes se dieron en un 10% de los pacientes, con una mortalidad del 70% y una estancia media de 37 días, p > 0,05.



Conclusiones: En nuestra muestra, la presencia de NAMV, shock séptico, FRA, TRRC o complicaciones hemorrágicas se asociaron a mayor mortalidad y mayor estancia media. La presencia de TAVM, colonización por MR, ITU y las trombosis se asociaron a mayor estancia en UCI. El TEP presentó una incidencia baja y no implicó un aumento de mortalidad ni estancia media.

292. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA HIPOXEMIA DURANTE LA INTUBACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Breval Flores A, Pérez Ruiz M y Flores González J

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera en Jerez.

Objetivos: El aislamiento de la vía aérea mediante intubación orotraqueal es un procedimiento habitual de las Unidades de Cuidados Intensivos, siendo éste un momento crítico y cuya dificultad viene determinada por aspectos anatómicos, fisiológicos, y por la propia patología e inestabilidad que presentan los pacientes críticamente enfermos. Tanto la evaluación previa de dificultad en la vía aérea como la adecuada preoxigenación han demostrado influir en la reducción de complicaciones (a veces fatales) a la hora de llevar a cabo dicho procedimiento. Los objetivos del presente trabajo son: Describir la incidencia de hipoxemia perintubación en el paciente crítico. Analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la saturación de oxígeno previa a la intubación.

Métodos: Se incluyeron los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que precisaron intubación urgente por causa distinta a paro cardíaco durante 4 meses consecutivos. El diagnóstico de obesidad se realizó siguiendo la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (índice de masa corporal -IMC- > 25). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso, talla, nivel de consciencia, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno periférico preintubación, uso de soporte respiratorio u oxigenoterapia, tiempo desde inducción hasta la confirmación de la intubación y las complicaciones asociadas. Los resultados fueron analizados mediante SPSS para Mac. Las variables cuantitativas fueron expresadas en media y rangos intercuartílicos y las variables cualitativas en porcentajes.

Resultados: Un total de 46 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 65,83 ± 12,93 años, siendo un 43,5% mujeres y 56,5% hombres con un IMC global de 29,54 ± 7,71 puntos. La SpO2 previa a la intubación fue de 89,65% ± 11,35%. Entre las indicaciones para la intubación, el 42,86% fue por fracaso respiratorio, seguido del deterioro neurológico (38,10%). Un 66% de los pacientes presentaban un IMC elevado, asociándose a SpO2 inicial menor que aquellos con normopeso, aunque por el escaso tamaño muestral no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (90% normopeso vs 88% sobrepeso).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de los pacientes críticos que requirieron intubación urgente presentaban un índice de masa corporal elevado (IMC > 25). Aunque parece existir relación entre el índice de masa corporal aumentado y una SpO2 bajo previo a la incubación orotraqueal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Además del escaso tamaño muestral, pudo influir que en los pacientes obesos se hace más énfasis en la preparación y preoxigenación adecuada.

293. ESTUDIO DE LA MECÁNICA PULMONAR Y EL TRATAMIENTO VENTILATORIO EN PACIENTES CON SDRÁ EN TRATAMIENTO CON ECMO-VV

Blanco-Schweizer P, García García MM, Herrán Monge R, Sánchez Ballesteros J, Pérez Torres D, Prieto de Lamo AM, de Ayala Fernández JA, Díaz Rodríguez C, Posadas Pita G y Canas Pérez I
Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir las características de la mecánica respiratoria y del tratamiento ventilatorio de pacientes con SDRÁ en tratamiento con ECMO.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que incluye pacientes con SDRÁ con ECMO en UCI, con población referencia ECMO de 1,8 millones de habitantes y ECMO-móvil. Se incluyen todos los pacientes tratados entre 1/01/2019-01/12/2020. Truncado datos 15/12/2020. Se recogen variables relativas a tratamiento ventilatorio, intercambio gaseoso y mecánica respiratoria pre y durante ECMO. Los datos se expresan como media ±DE, mediana (iqr) y %.

Resultados: n = 37. Variables pre-ECMO: VMNI pre-IOT 6 (16%) con duración 4,5 (1-7) días, días VM 5 (2-11), decúbito prono 35 (95%), bloqueo neuromuscular 37 (100%), PaO2/FiO2 80 (68-91) mmHg, PaCO2 62 (51-75) mmHg, complianza, 26 (22-31). Días ECMO 12 (7-29), días VM 26 (14-40), supervivencia ECMO 74% (2 pacientes aún en ECMO), supervivencia UCI 62% (6 pacientes aún en UCI).

Conclusiones: 1. La gran mayoría de pacientes fueron tratados acorde a las recomendaciones internacionales pre-ECMO. 2. El tratamiento con ECMO consiguió disminuir significativamente el estrés mecánico sobre el sistema respiratorio. 3. La supervivencia de los pacientes fue similar a la publicada en la literatura.

294. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 QUE RECIBIERON TERAPIA CON ECMO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Núñez Blanco N, Marcano Millán EJ, Cestero Ramírez L, Figueroa Falconi JC, Martínez Santos EJ, Pérez Cheng M, Martín Posadas MT, Ochoa Calero M, Granados Ricaurte JF y Sagredo Meneses V

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca en Salamanca.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de una serie de 9 casos de pacientes diagnosticados de neumonía grave por SARS-CoV-2 que requirieron terapia con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO).

Métodos: Estudio observacional y descriptivo sobre un total de 9 casos ingresados en la UCI del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) desde marzo a diciembre de 2020, con diagnóstico de neumonía grave por SARS-CoV-2 que requirieron terapia con ECMO (criterios de inclusión: a)hipoxemia refractaria: PaO2/FiO2 < 60 mmHg con FiO2 > 0,9 y prono sin aumentar PaO2 > 20% (mínimo 12h); b)hipercapnia refractaria: pH < 7,25 y PaCO2 > 80 mmHg durante > 6h).

Resultados: Se analizaron un total de 9 pacientes con una media de edad de 50,67 años (± 8,02): 67% hombres y 33% mujeres. Factores de riesgo asociados: 18% HTA. 18% DM. 45% obesidad. En 8 pacientes la terapia ECMO fue veno-venosa y en 1 venoarterial. De los 9 pacientes, 4 de ellos fueron trasladados al CAUSA por el equipo de traslado ECMO previa canulación en su hospital de origen. El tiempo de ingreso en UCI hasta el inicio de la terapia fue de 5,22 (± 6,92). El perfil gasométrico previo al implante del ECMO fue: pH: 7,25 (± 0,09); PaFi: 70,10 (± 29,76), PCO2: PCO2: 62,67 (± 20,62). El tiempo medio de ventilación mecánica fue 23,14 días (± 12,83) y el de terapia ECMO de 17,44 días (± 12,51/Me: 9). El 77% presentaron alguna complicación a lo largo del tratamiento: 44,44% (4/9) presentaron sangrados mayores y 33,33% (3/9) sepsis. La estancia media en UCI de 27,77 (± 17,65) días. La mortalidad en UCI fue del 44% (4/9 pacientes).

Conclusiones: Son necesarios más estudios para analizar la terapia con ECMO en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2. En nuestra serie, fueron pacientes jóvenes, en su mayoría varones, con sobrepeso y criterios de SDRÁ grave. Es importante que se indique la terapia siguiendo unos criterios estrictos de inclusión y que esta se inicie de forma precoz, pues la mortalidad y las complicaciones asociadas en este grupo de pacientes es importante.

295. TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR COVID-19 INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sampedro Martín I, Díez Urdiales E, Martín Sánchez L, Huguet Embún L, Fransi Portela I, Esteban Molina A, Peiro Chamarro M, Royo Álvarez M, Jaqués Andrés C y Bernal Matilla C

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar los tratamientos, tanto farmacológicos como respiratorios, utilizados en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Miguel Servet durante el periodo de marzo a mayo de 2020, así como el impacto que han tenido sobre la evolución, pronóstico y mortalidad de los pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo de cohorte retrospectivo, en un único centro, incluyendo como población de estudio a aquellos pacientes ingresados en el Hospital mayores de 18 años con infección confirmada por SARS-CoV-2 mediante la técnica de laboratorio de PCR en muestras obtenidas por frotis naso y/o orofaríngeo, que requirieron ingreso en una UCI durante los meses de marzo a mayo del 2020. Se han analizado 68 pacientes, por medio de la estadística descriptiva e inferencial (programa estadístico SPSS).

Resultados: El fármaco más utilizado fue la hidroxicloroquina en 66 pacientes (97,1%), seguido por lopinavir/ritonavir en 63 pacientes (92,6%). 8,8% Se usó remdesivir en 6 pacientes (8,8%) y tocilizumab en un 10,3%. No se han encontrado diferencias significativas entre la estancia media en UCI asociada al uso de los distintos fármacos. Se utilizó oxigenoterapia de alto flujo en el 58,8% (40 pacientes). El 75% (51 pacientes) necesitó conexión a VMI en las primeras 48 horas. En 35 pacientes (63,6%) se necesitó la colocación en decúbito prono al menos en una ocasión. Se apreció asociación significativa entre la IOT en las primeras 48 horas

Tabla Póster 293

| Variable | Pre-ECMO media ±DE, mediana (iqr), n (%) | ECMO día 3 media ±DE, mediana (iqr), n (%) | Diferencia | p |
|--------------------------|--|--|---------------|---------|
| VT (ml/kg PBW) | 6,7 ± 1,1 | 4,5 ± 1,8 | 2,2 (1,4-2,9) | < 0,001 |
| PEEP (cmH2O) | 12 (8-14) | 12 (10-14) | 0,6 (-2-1) | ns |
| Pplat (cmH2O) | 27 ± 4 | 22 ± 4 | 5 (4-7) | < 0,001 |
| DrivingP (cmH2O) | 16 (14-18) | 10 ± 1 | 6 (4,5-7,4) | < 0,001 |
| Frecuencia respiratoria | 30 ± 4 | 11 ± 2 | 19 (18-20) | < 0,001 |
| Relajación | 37 (100) | 12 (33) | 25 (67) | < 0,001 |
| Driving Power (J/min) | 10 ± 4 | 3 ± 2 | 7 (5-8) | < 0,001 |
| Mechanical Power (J/min) | 33 ± 9 | 7 ± 4 | 26 (23-29) | < 0,001 |

($p = 0,026$), la VMI ($p = 0,04$), el uso de relajantes musculares ($p = 0,016$) y la mortalidad. La estancia en UCI fue significativamente más larga en los pacientes que recibieron VMI ($p = 0,011$). La mortalidad fue del 33,8% (23 pacientes). Se realizó algún tipo de LTSV en el 32,4% (22 pacientes).

Conclusiones: El SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, continúa sin tratamiento específico, a pesar de numerosos ensayos clínicos o proyectos de investigación que se han llevado a cabo desde el inicio de la pandemia en marzo de 2020. Se recomiendan medidas de soporte vital avanzadas para los pacientes críticos que ingresan en UCI junto con corticoides (dexametasona 6 mg diarios), ya que de momento son las únicas medidas que han demostrado disminuir la mortalidad.

296. MICROTROMBOSIS CAPILAR PULMONAR EN PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19: DIFERENCIAS EN ANTICOAGULACIÓN Y EVENTOS HEMORRÁGICOS SEGÚN LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

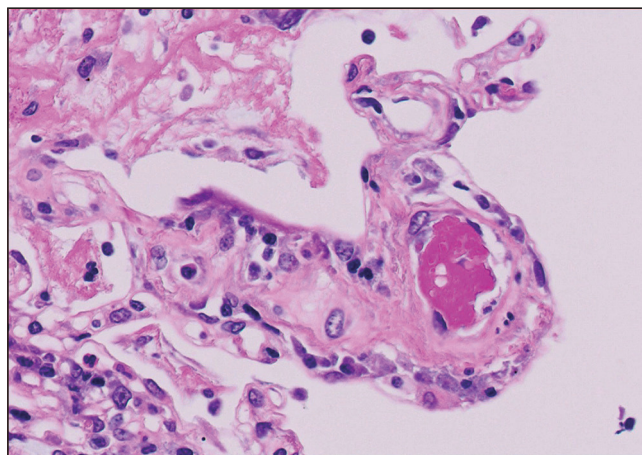
Paez Vargas JJ, Vidal González A, Rosas Carvajal E, Robaglia DC, Hortigüela Martín VA, Piris Pinilla MA, Fortes Alen J, Llamas Sillero P, Górgolas Hernández-Mora M y Prieto Pérez L

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en Madrid.

Objetivos: Comparar características referentes a la anticoagulación y sus complicaciones en pacientes fallecidos por COVID-19, en función de la presencia de microtrombosis capilar en biopsias pulmonares post-mortem.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en 16 pacientes fallecidos por COVID-19 a los cuales se les realizó biopsias de tejido pulmonar. Se dividieron dos grupos según la presencia (grupo A) o ausencia (grupo B) de trombosis. Se recogieron datos epidemiológicos, analíticos y en relación con la anticoagulación incluyendo la dosis máxima recibida en 24 horas. Además, se anotó la presentación de complicaciones hemorrágicas y la necesidad de hemoderivados. Los eventos hemorrágicos se definieron como cualquiera que requiriese disminución o suspensión de la anticoagulación. La dosis inicial de enoxaparina se administró según el protocolo de la Unidad y sus variaciones se realizaron a criterio médico.

Resultados: Se estudiaron 16 pacientes, con una mediana de edad de 63 años (RIQ 56-65,2) y todos varones (H: 100%). Se excluyeron dos pacientes por presentar complicaciones hemorrágicas consecuencia de la terapia con ECMO y uno por la limitación del esfuerzo terapéutico a pocas horas de su ingreso. Los 13 pacientes restantes recibieron tratamiento con enoxaparina, de los cuales 5 (38,4%) presentaron hallazgos compatibles con trombosis. El APACHE II fue similar en ambos grupos (15,3 en el A y 13,3 en el B; $p = 0,64$). La mediana de la PaO₂/FiO₂ fue 53 en el grupo A y 81 en el B ($p = 0,83$). La mediana de la Hb fue de 8,1 g/dl en el grupo A vs 9,9 g/dl en el B ($p = 0,08$). La mediana del fibrinógeno varió de 664 mg/dl en el grupo A a 552 mg/dl en el B ($p = 0,9$). La mediana del Dímero D en el grupo A fue de 3.860 μ g/L vs 1.406 μ g/L en el B ($p = 0,06$). La diferencia en dosis media de enoxaparina en 24 horas fue significativamente mayor ($p = 0,01$) en el grupo A (133,3 mg) que en el grupo B (73,6 mg). Los eventos hemorrágicos se dieron en 60% del grupo A vs 25% del B ($p = 0,1$). El valor promedio de hemoderivados necesarios fue de 6,6 U/paciente en el grupo A y 1 U/paciente en el grupo B, con un requerimiento transfusional del 100% en el grupo A vs 12,5% en el grupo B ($p = 0,02$).



Conclusiones: La dosis óptima de anticoagulación en pacientes con infección grave por SARS-CoV-2 es aún controvertida. Nuestros datos sugieren que aunque existe un riesgo elevado de trombosis en estos pacientes, los efectos adversos de esta terapia a altas dosis podrían superar su beneficio.

297. NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 PRIMERA OLA VS SEGUNDA OLA: CAMBIO EN LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO Y EN EL MANEJO DEL PACIENTE

Sanmartino González C, Ferrigno Bonilla G, Rodrigo Castroviejo N, Beltrán Bernáldez MR, Berenguer Rodríguez M, Beltrán Martínez LL, Monge Donaire D, Cortés Díaz SM, Marcos Gutiérrez A y Tarancón Majan CF

Hospital Virgen de la Concha en Zamora.

Objetivos: Analizar el tratamiento farmacológico y la terapia ventilatoria de los pacientes atendidos con neumonía SARS-CoV-2 durante la primera y la segunda ola de la pandemia.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se recoge muestra de 42 pacientes ingresados en la UCI durante la primera ola de pandemia (marzo a junio/2020) y se compara con grupo de 59 pacientes ingresados en la segunda ola (agosto a diciembre/2020). Se analizan datos demográficos, escalas de gravedad, estancia en UCI, tratamiento farmacológico, manejo respiratorio y mortalidad.

Resultados: Durante la primera ola se ingresaron 42 pacientes (80% hombres), media de edad de 64,55 años (55,45-73,65) APACHE 14,24 (7,64-20,84) SAPSII 33,9 (25,27-53,83) y SOFA 5 (3,77-8,43). En la segunda ola se atendieron 59 pacientes (69% hombres), media de edad 64,64 años (52,93 \pm 76,35) APACHE de 14,13 (4,67 \pm 23,59) SAPSII 34 (20,54 \pm 47,46) y SOFA 5 (2,34 \pm 7,66). En la primera ola todos los pacientes fueron tratados con antivirales (HCQ/kaletra) \pm bolos de corticoides (metilprednisolona) y en menor porcentaje con interferón B y/o tocilizumab a dosis variables. En comparación, en los pacientes de la segunda ola no se administraron antivirales y el 86,7% recibió corticoides según recomendaciones del estudio Recovery. Se administró inmunomoduladores (65% recibieron tocilizumab, 11,9% baricitinib y un 11,7%, anakinra) y ninguno recibió interferón. Respecto al manejo respiratorio, en la primera ola todos los pacientes requirieron de VMI; en el segundo grupo 26% de los pacientes fueron manejados con oxigenoterapia no invasiva. El prono se realizó en 52,4% de los pacientes de la primera ola frente a 58% de los de la segunda. El número de ciclos de prono realizados en la primera ola fue de uno o dos pronos en el 38% de los pacientes con un máximo de 4 ciclos en un solo paciente. En el siguiente grupo se realizó uno o dos ciclos de prono en el 55% de pacientes, el 9% recibió 4 ciclos y se realizaron hasta 6 ciclos prono en dos pacientes. En la primera ola la estancia media en UCI fue de 14,55 (14,07-15,05) días y mortalidad del 52%. En la segunda ola la estancia en UCI fue de 16,5 (11,7 \pm 21,21) días y la mortalidad intra-UCI fue del 25%.

Conclusiones: Aunque las características de los grupos son similares se observa un descenso muy importante de la mortalidad en este último periodo de la pandemia. Los cambios realizados en el tratamiento farmacológico y respiratorio de los pacientes probablemente han sido determinantes en disminuir la necesidad de VMI y la mortalidad.

298. MECÁNICA PULMONAR DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) SECUNDARIO A SARS-CoV-2 PREVIA INSERCIÓN DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-VENOSA (ECMO VV)

Rodríguez Farré N, Izura Gómez M, Torrens Sonet M, Suárez Montero JC, Baldirà Martínez de Irujo JO, Córdón Abalde A, Flores Orella M, Gomila Sintés C, Santos Rodríguez JA y Mancebo Cortés J. Grupo de investigación: Medicina Intensiva Hospital de Sant Pau

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Describir la mecánica pulmonar de los pacientes con SDRA secundario a SARS-CoV-2 previa a la inserción de un sistema de ECMO VV.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo, retrospectivo, de marzo a diciembre de 2020, en el Servicio de Medicina Intensiva de un hospital universitario de tercer nivel, de todos los pacientes con SDRA secundario a infección por COVID-19, que fueron tratados mediante la técnica de ECMO VV como terapia de rescate para la hipoxemia. Se registran datos clínicos, así como variables de mecánica pulmonar e intercambio de gases. El análisis estadístico se realiza con el sistema Stata versión 16. Los resultados están expresados en mediana e intervalo intercuartílico.

Resultados: Se analizaron un total de 12 pacientes, todos varones, con una mediana de edad de 56 años (48-59) y SAPS II de 24,5 (23,0-30,5). Los datos relativos a la mecánica pulmonar y a la supervivencia están descritos en la tabla 1. En la tabla 2 se comparan los gases preinserción y posdecanulación de la ECMO. En esta muestra, 4 pacientes fallecieron, 3 de los cuales tenían una $C < 20$ cmH₂O.

| | |
|--|---------------|
| Total pacientes con SARS-CoV-2 y VM, n | 294 |
| Vivos, n % | 210 (71%) |
| Muertos, n % | 84 (29%) |
| Pacientes SARS-CoV-2, VM sin ECMO, n | 282 |
| Vivos, n % | 202 (72%) |
| Muertos, n % | 80 (28%) |
| Pacientes SARS-CoV-2, VM con ECMO, n | 12 |
| Vivos, n % | 8 (66,7%) |
| Muertos, n % | 4 (33,3%) |
| Ventilación preECMO | |
| Volumen tidal, mL/KgPBW | 5,4 (5,0-6,0) |
| Volumen tidal, mL | 375 (350-445) |
| Frecuencia respiratoria, rpm | 30 (28-36) |
| PEEP, cmH ₂ O | 11 (6-13) |
| Presión meseta, cmH ₂ O | 28 (27-29) |
| Driving pressure, cmH ₂ O | 15 (13-24) |
| Compliance, mL/cmH ₂ O | 25 (15-32) |
| Tandas de pronó, n | 4 (2-6) |

| | Pre-ECMO | Post-ECMO |
|---------------------|------------------|------------------|
| pH | 7,29 (7,24-7,36) | 7,36 (7,35-7,45) |
| pO ₂ | 70 (65-79) | 77 (70-112) |
| pCO ₂ | 63 (53-71) | 44 (40-46) |
| HCO ₃ | 27 (22-31) | 28 (22-29) |
| Láctico | 0,9 (0,8-1,3) | 0,7 (0,6-0,8) |
| FiO ₂ | 0,9 (0,8-0,9) | 0,3 (0,3-0,5) |
| Pa/FiO ₂ | 83 (72-101) | 253 (168-297) |

Conclusiones: Los pacientes con SDRA grave a pesar de decúbito prono y tratamiento ventilatorio optimizado, se benefician de ECMO VV con una supervivencia del 66,7%.

299. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) SECUNDARIO A SARS-CoV-2 TRATADOS CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-VENOSA (ECMO VV)

Rodríguez Farré N, Izura Gómez M, Baldirà Martínez de Irujo JO, Torrens Sonet M, Suárez Montero JC, Flores Orella M, Segarra Martínez-Sahuquillo A, Martos Mendizábal M, Santos Rodríguez JA y Mancebo Cortés J. *Grupo de investigación:* Medicina Intensiva Hospital de Sant Pau

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con SDRA secundario a SARS-CoV-2 que fueron tratados con ECMO VV.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo, retrospectivo, de marzo a diciembre de 2020, en el Servicio de Medicina Intensiva de un hospital universitario de tercer nivel, de todos los pacientes con SDRA por SARS-CoV-2 que fueron tratados con ECMO VV. Se registran datos epidemiológicos y clínicos, así como los datos derivados de estancia en UCI, días en ECMO VV, días de ventilación mecánica (VM) y días de hospitalización. El análisis estadístico se realiza con Stata versión 16. Los resultados están expresados en mediana e intervalo intercuartílico.

Resultados: Se analizaron un total de 12 pacientes con neumonía por COVID-19 y necesidad de ventilación mecánica, todos varones, con una mediana de edad de 56 años (48-59), SAPS II de 24,5 (23,0-30,5) e IMC 27,4 (24,3-32,3). Como antecedentes principales destacan un 33% eran fumadores, un 33% hipertensos, un 25% diabéticos tipo 2 y un 16% presentaban una enfermedad renal previa sin necesidad de diálisis. Todos los pacientes fueron tratados con ECMO VV, un paciente precisó de inicio de ECMO VA y después reconversión a ECMO VV. En 5 pacientes se utilizó la configuración femoroyugular; mientras que en los otros 6 se canuló vía femoro-femoral. Los datos clínicos registrados se muestran en la tabla.

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Pacientes con SARS-CoV-2 y VM, n | 294 |
| Vivos n, % | 210 (71%) |
| Muertos n, % | 84 (29%) |
| Pacientes SARS-CoV-2, VM sin ECMO, n | 282 |
| Vivos, n % | 202 (72%) |
| Muertos, n % | 80 (28%) |
| Pacientes SARS-CoV-2, VM y ECMO, n | 12 |
| Vivos, n % | 8 (66,7%) |
| Muertos, n % | 4 (33,3%) |
| Días UCI preECMO | 14 (7-18) |
| Días de VM preECMO | 12 (5-15) |
| Días de ECMO | 27 (18-43) |
| Días UCI post-ECMO | 15 (10-27) |
| Traqueotomía, n % | 11 (91,7%) |
| Día de realización de traqueotomía | 28 (24-30) |
| Total días VM | 48 (38-60) |
| Total días UCI | 47 (42-65) |
| Total días hospitalización | 58 (50-78) |

Conclusiones: En nuestra muestra el implante de ECMO VV y la práctica de traqueotomías se realiza tardíamente. Sin embargo, los resultados en términos de mortalidad son globalmente satisfactorios.

300. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTES DE UCI INGRESADOS POR CODIV-19

Revuelto Rey J, Gómez García B, Marcote Denis B, Jiménez Guerra E y Fernández Cuervo A. *Grupo de investigación:* COVID Puerta del Mar

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Describir las principales características y consecuencias de las neumonías que complican la evolución de las infecciones graves por SARS-CoV-2.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre los pacientes ingresados con COVID-19 en la UCI del H. Universitario Puerta del Mar de Cádiz de marzo a diciembre de 2020. Variables analizadas: aparición de neumonía, neumonía asociada a ventilación mecánica, mortalidad y relaciones con antecedentes personales, soporte respiratorio y tratamientos administrados.

Resultados: De los 54 casos ingresados en nuestra UCI, 24 (44%) presentaron neumonía. Seis de estos casos presentaron bacteriemia asociada. Hasta en 22 casos se pudo realizar identificación microbiológica, constatándose hasta en 11 casos al menos 2 microorganismos responsables. *Enterobacter cloacae* fue el germen más frecuente, con 8 aislamientos, seguido por *Stenotrophomonas* y *Candida albicans*, con 6 aislamientos cada una. Seis de estos casos fueron gérmenes multiresistentes. Entre las variables relacionadas con mayor frecuencia de neumonía, destaca la obesidad (70%), la intubación al ingreso en UCI (de 18 IOT al ingreso, 13 desarrollaron neumonía) y el uso de azitromicina (de 13 pacientes que la recibieron, 9 desarrollaron neumonía). No parece que exista una relación directa entre el uso de inmunosupresores frente a COVID-19 y el desarrollo de neumonía. La ventilación mecánica (VM) es el principal factor de riesgo para la neumonía, ya que 18 casos se consideraron asociada a la misma. La media de días de VM en el grupo con neumonía fue de 30, mientras que los que no presentaron neumonía, recibieron 8 días de VM de media. Además, en los pacientes con neumonía fue muy frecuente la realización de maniobras de pronación y reclutamiento alveolar, más que en los pacientes sin neumonía. En cuanto a la mortalidad, el 50% de los pacientes que presentó neumonía fue exitus en UCI, y un paciente más falleció tras su traslado a planta. Cuando la infección respiratoria se asoció a shock, la mortalidad es mayor: de 12 casos que se registraron, 10 resultaron en exitus.

Conclusiones: Las neumonías son una complicación frecuente y grave de los pacientes que ingresan en UCI con COVID-19. Cuanto más daño pulmonar se produce por el SARS-CoV-2, mayor necesidad de VM y terapias ventilatorias y, por ende, mayor riesgo de desarrollo de esta complicación. No parece que exista una relación entre inmunoterapia y neumonía, aunque sería necesaria una población más amplia para confirmar esta impresión.

301. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES COVID INGRESADOS EN UCI EN LAS DOS OLAS PANDEMICAS

Pérez Acosta G, Santana Cabrera L, Blanco López J, Carrillo García T, Padrón Espinosa P, Martín García JC y González Martín JM

Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil en Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: España, como el resto de Europa, ha superado la segunda ola pandémica por el COVID-19, encontrándose inmersa en la tercera, durante las cuales se han ido modificando terapias y, probablemente, el perfil del paciente que ingresa en estas unidades.

Objetivos: Analizar las diferencias, durante la primera y la segunda ola epidémica, en las características demográficas y los factores de riesgo de los pacientes con COVID 19 ingresados en UCI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohortes retrospectivo. Se han incluido todos los pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron en UCI durante las dos primeras olas COVID, en el periodo comprendido de marzo a diciembre. Se compararon variables demográficas y factores de riesgo de los pacientes entre los dos periodos estudiados.

Resultados: Se presentan en la tabla.

| FACTORES DEMOGRÁFICOS | 1ª OLA N= 26 | 2ª OLA N= 46 | Valor P |
|-----------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Sexo | | | 0.298 |
| | Hombre | N= 16 61.5% | |
| | Mujer | N= 10 38.5% | N= 12 26.1% |
| Edad (años) | 65.23 ± 9.92 | 62 ± 14.34 | 0.366 |
| Hipertensión arterial | N= 17 65.4% | N= 30 65.2% | 1 |
| Cardiopatía previa | N=5 19.2% | N=8 18.2% | 1 |
| Diabetes | N= 12 46.2% | N=16 34.8% | 0.451 |
| Obesidad | N= 12 46.2% | N=25 54.3% | 0.625 |
| Dislipemia | N= 10 23.5% | N=28 60.9% | 0.087 |
| Tabaquismo | N=5 19.2% | N= 14 30.4% | 0.407 |
| EPOC | N= 4 15.4% | N=3 6.5% | 0.244 |
| Hepatopatía | N=0 0% | N=1 2.2% | 1 |
| Cáncer | N= 1 3.8% | N= 7 15.2% | 0.244 |
| Inmunosupresión | N=3 12% | N=5 10.9% | 1 |
| Embarazo | N=1 3.8% | N=0 0% | 0.361 |

Conclusiones: No se apreciaron diferencias en las características personales ni los factores de riesgo en las dos olas epidémicas de los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 que precisaron ingreso en una UCI.

302. DIFERENCIAS OBSERVADAS ENTRE PACIENTES CON INFECCIÓN COVID19 Y PACIENTES “NO COVID” EN LA UCI DE UNA HOSPITAL COMARCAL

Salgado Villén M^a, Fernández Burgos I^b, Álvarez Macías A^a, Torcuato Barrera R^a, Alonso Iglesias A^a y Úbeda Iglesias A^a

^aHospital Punta de Europa en Algeciras. ^bHospital Regional Universitario en Málaga.

Objetivos: Analizar las diferencias observadas entre los pacientes ingresados con diagnóstico de COVID-19 y los no COVID desde el inicio de la pandemia hasta diciembre de 2020.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre una cohorte prospectiva realizado en una UCI de 20 camas entre marzo y diciembre de 2020. Se compararon 2 grupos: pacientes ingresados por COVID-19 vs.

ingresos por patologías no COVID. Variables demográficas, comorbilidades, scores de gravedad, tratamiento recibido, VMI, factores de riesgo, infecciones en UCI, antibioterapia, estancia en UCI, estancia hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y numéricas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la χ^2 (porcentajes), t de Student (medias) y U de Mann-Whitney (medianas). Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 349 pacientes. COVID-19 (n = 55) vs. no COVID (n = 294). Origen ($p < 0,001$): planta 89,1% vs. 35,4%, comunidad 10,9% vs. 61,2%. SAPS II (28,80 [± 13,06] vs. 34,94 [± 18,42], $p = 0,004$), infección durante el ingreso en UCI (45,3% vs. 18,6%, $p < 0,001$), antibioterapia las 48 horas previas al ingreso en UCI (32,7% vs. 34%, $p < 0,001$), TDE (23,5% vs. 9,5%, $p = 0,004$), CVC (85,5% vs. 62,9%, $p = 0,001$), VMI (74,5% vs. 43,2%, $p < 0,001$), sondaje urinario (SU) (96,4% vs. 75,5%, $p = 0,001$), traqueostomía (29,6% vs. 3,4%, $p < 0,001$), días de VMI (15,68 [± 12,89] vs. 5,59 [± 8,89], $p < 0,001$), días de CVC (14,50 [± 12,96] vs. 4,24 [6,76], $p < 0,001$), días sondaje vesical (16,09 [12,60] vs. 4,98 [± 7,36], $p < 0,001$), días de catéter arterial (15 [7; 25] vs. 4 [2; 7], $p < 0,001$), estancia en UCI (16,30 [± 12,73] vs. 5,38 [± 6,98], $p < 0,001$), estancia hospitalaria (23,11 [± 15,13] vs. 16,60 [± 24,77], $p = 0,065$), mortalidad (63% vs. 31,6%, $p < 0,001$). Primer antibiótico ($p < 0,001$): ceftriaxona (81,3% vs. 29,6%). Primera infección ($p < 0,001$): NAVM (5,5% vs. 3,4%), BRC (7,3% vs. 3,1%), bacteriemia secundaria (12,7% vs. 6,1%).

Conclusiones: Se observó un mayor uso de VM, CVC, SU y TDE en pacientes con COVID-19. Igualmente, la puntuación en la escala SAPS II al ingreso, la incidencia de NAVM, BRC y bacteriemia secundaria fueron mayores en los pacientes con COVID-19. La mortalidad de los pacientes con COVID-19 duplicó la de los pacientes no COVID.

303. FÁRMACOS DE LA PRIMERA OLA, ¿QUÉ PODEMOS DECIR DEL TOCILIZUMAB? ESTUDIO RETROSPECTIVO

Roviroso Bigot S, Huerta Palacios V, Godoy Tundidor MV, de la Calle Pedrosa N, González Jiménez A, Ruiz de Luna González R, Gabán Díez Á, Temprano Gómez I, Campos Moreno MC y Algorta Weber A

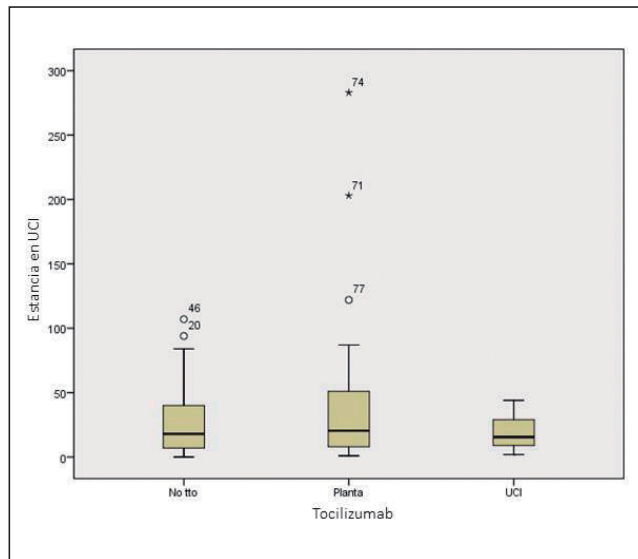
Hospital Universitario Fundación Alcorcón en Alcorcón.

Objetivos: En la primera ola de la pandemia SARS-CoV-2 se usaron múltiples fármacos para frenar la evolución a distrés grave, entre ellos, el tocilizumab. En este trabajo analizaremos la repercusión de este fármaco en la mortalidad, días de ingreso en UCI y estancia hospitalaria.

Métodos: Incluimos a todos los pacientes que ingresaron en la UCI del H.U. de Alcorcón del 10/03 al 30/04 de 2020, comparándose los resultados de los que recibieron tocilizumab frente a los que no fueron tratados con el fármaco. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: En la primera ola, 85 pacientes ingresaron a nuestro cargo por neumonía grave COVID-19, siendo la mortalidad global del 43%. De ellos, 44 (51,6%) recibió tocilizumab, siendo la mortalidad de este grupo del 45,5% frente al 41,5% en los que no lo recibieron (OR 1,17, IC95% 0,49-2,77). Las muestras fueron homogéneas en edad, comorbilidades y gravedad al ingreso. Se realizó un análisis de subgrupos entre los que habían recibido tocilizumab precoz (en planta, 30 pacientes) y los que lo recibieron más tardío (en UCI, 14 pacientes), sin apreciarse diferencias (mortalidad del 46,7% vs. 42,9% $p > 0,90$). En cuanto a la estancia en UCI no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,57$), siendo la mediana de estancia de 20 días (IQ 8-51) en los pacientes tratados con tocilizumab precoz, 15 días (IQ 7,75-29) en los que lo recibieron tardío y 18 días (IQ 6,5-41) en los que no lo recibieron (fig.). Tampoco obtuvimos resultados significativos en la estancia hospitalaria ($p > 0,18$) de forma que los que recibieron tocilizumab en planta estuvieron ingresados una mediana de 41 días (IQ 19,5-71), los que lo recibieron en UCI, 28 días (IQ 16,7-41) y los que no lo recibieron, 30 días (IQ 10-48). Además, se analizó la relación de tocilizumab con las complicaciones durante el ingreso, apreciándose mayores tasas de sobreinfección bacteriana, con un RR de 1,8; aunque sin significación estadística (IC95% 0,79-4,5) en probable relación con el pequeño tamaño muestral.

Conclusiones: Aunque la evidencia sobre el tocilizumab no ha quedado claramente establecida y hay estudios recientes que han mostrado incluso aumento de la supervivencia en los pacientes críticos, en nuestra muestra no se aprecia disminución de la mortalidad, estancia en UCI o estancia hospitalaria con la administración de este fármaco.



304. CINÉTICA DE LA VITAMINA C EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Chiscano Camón L, Palmada Ibars C, Ruiz Sanmartin A, Camós Anguila S, Ferrer Costa R, Roca O, Ferrer R y Ruiz Rodríguez JC. *Grupo de investigación: Shock, Organ Dysfunction and Resuscitation*

Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Estudio de las concentraciones plasmáticas de vitamina C analizadas de forma secuencial en los pacientes que requieren ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2).

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo. Pacientes que ingresaron en UCI por neumonía grave por SARS-CoV-2. Se ha realizado medida de las concentraciones plasmáticas de vitamina C los días 1, 5 y 10 de ingreso en UCI. Se han analizado variables demográficas, gravedad (APACHE II), disfunción orgánica (SOFA), mortalidad (UCI y hospitalaria), variables relacionadas con el tratamiento de la neumonía por SARS-CoV-2 y medidas de soporte orgánico. Se definió el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) siguiendo la definición de Berlín. La concentración plasmática de vitamina C fue analizada mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC), cuyo límite de detección es de 1,5 mg/L. Los datos se han expresado como frecuencia (%) si son categóricos y mediana (rango intercuartílico) o media (desviación estándar)

Figura 1 Póster 304

TABLA 1

| Variable | | |
|--|---|---------------|
| Edad (años) | | 60,9 (7) |
| Género (n, %, hombre) | | 10 (46,7%) |
| SOFA (mediana, RIC) | | 3 (1-4) |
| APACHE II (mediana, RIC) | | 15 (8 - 24) |
| Días desde el inicio de síntomas al ingreso en UCI | | 6,5 (2,6) |
| Coinfección bacteriana inicial (n, %) | | 2 (13,3%) |
| Medidas de soporte de hipoxemia | | |
| | Oxigenoterapia de alto flujo (n, %) | 15 (100%) |
| | Ventilación mecánica (n, %) | 7 (46,7%) |
| | SDRA (n, %) | 6 (40,0%) |
| | PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg) * | 108,57 (41,2) |
| | Días de ventilación mecánica | 26 (11,3) |
| | Relajación neuromuscular en VMI (n, %) | 15 (100%) |
| | Neumonía asociada a ventilación mecánica | 6 (40,0%) |
| | Maniobra de decúbito prono (n, %) | 6 (40,0%) |
| Fracaso renal | | |
| | FRA (n, %) | 4/15 (26,7%) |
| | - FRA I (n, %) | 3/4 (20,0%) |
| | - FRA III (n, %) | 1/4 (6,7%) |
| | TCRR (n, %) | 1/15 (6,7%) |
| COVID-19 tratamiento | | |
| | Dexametasona (n, %) | 10 (66,7%) |
| Outcome | | |
| | Estancia en UCI (días) (mediana, RIC) | 10 (4- 30) |
| | Mortalidad en UCI (n, %) | 4 (26,7) |
| | Mortalidad Hospitalaria (n, %) | 4 (26,7) |

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes incluidos. APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II; FRA: fracaso renal agudo (Khwaja A. KDIGO Clinical practice guidelines for acute kidney injury. Nephron Clin Pract. 2012; 120: 179 – 184.); SOFA: sequential organ failure assessment; TCRR: terapia continua de reemplazo renal; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

*Recogemos la peor determinación

Figura 2 Póster 304

TABLA 2

| Paciente | Concentraciones plasmáticas vitamina C (mg/L) | | |
|----------|---|-------|----------|
| | Día 1 | Día 5 | Día 10 |
| 1 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 2 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 3 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 4 | <1,5 | 2,3 | ALTA UCI |
| 5 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 6 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 7 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 8 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 9 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 10 | <1,5 | 2,5 | ALTA UCI |
| 11 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 12 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 13 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 14 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |
| 15 | <1,5 | <1,5 | <1,5 |

Tabla 2. Concentraciones plasmáticas de vitamina C; secuenciales los días 1, 5 y 10 de ingreso en UCI. Intervalo de referencia: deficiencia: < 2 mg/L; concentración plasmática baja: 2 - 5 mg/L; concentración plasmática normal: > 5 mg/L

dar) si son cuantitativos. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro (PR(AG)270/2020).

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes [10 (67,0%) hombres, edad 60,93 (7) años, SOFA 3 (1-4) y APACHE II 15 (8-24)]. Un paciente presentó shock y se documentó coinfección bacteriana inicial en 2 (13,33%) pacientes. Todos los pacientes requirieron oxigenoterapia de alto flujo y durante la evolución, 7 (46,7%) requirieron ventilación mecánica durante 26 (11,2) días. La mortalidad en UCI y hospitalaria fue de 27%. El resto de las características clínicas se describen en las tablas. Durante el periodo de estudio, todos los pacientes presentaron concentraciones indetectables de vitamina C a excepción de 2 enfermos que partiendo de concentraciones iniciales indetectables, presentaron concentraciones en rango bajo a partir del 5º día, coincidiendo con el alta de UCI.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes las concentraciones de vitamina C fueron indetectables en las primeras 24h del ingreso en UCI y se mantuvieron así durante todo el periodo estudiado en la mayor parte de los pacientes.

305. INFLUENCIA DEL USO DE CORTICOIDES EN EL TIEMPO DE INGRESO Y MORTALIDAD, EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Godoy Tundidor V, Rovirosa Bigot S, Huerta Palacios V, de la Calle Pedrosa N, González Jiménez AI, Salas Alcántara O, Afonso Rivero D, Pellín Ariño I, Yagüe Huertas M y Algora Weber A

Hospital Universitario Fundación Alcorcón en Alcorcón.

Objetivos: Analizar la influencia de la administración de corticoides en la mortalidad, días de ingreso en UCI, estancia hospitalaria y sobreinfección en los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCI de un hospital secundario de Madrid del 10-marzo al 30-abril de 2020. Se compararon los resultados en términos de mortalidad, estancia en UCI, estancia hospitalaria y tasas de sobreinfección de los pacientes que recibieron corticoides frente a los que no.

Resultados: 85 pacientes ingresaron en UCI durante el periodo de estudio. 54 (63,4%) pacientes recibieron corticoides, de ellos, 35 (64,8%) los recibieron en planta y 19 (35,2%) en la UCI. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables basales de ambos grupos incluyendo la edad, comorbilidades y gravedad al ingreso (tabla). No se

encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes que recibieron corticoides frente a los que no (44,4% vs. 42%, respectivamente; $p = 0,82$, OR 1,1 [IC95% 0,45-2,70]). Se observaron diferencias significativas en la mediana (rango intercuartílico) de estancia en UCI entre los pacientes con administración de corticoides en planta, en UCI o los que no los recibieron, siendo 15 (7-42) vs. 30 (16-54) vs. 16 (7-25) días, respectivamente; $p = 0,046$. Y los mismos resultados se observaron en la estancia hospitalaria 33 (16-51) vs. 44 (25-72) vs. 28 (10-39) días, respectivamente; $p = 0,043$. Los pacientes que recibieron corticoides presentaron tasas de sobreinfección bacteriana significativamente mayor respecto a los que no los recibieron (29% vs. 9%, $p = 0,04$) con una OR = 2,8 (IC95% 1,1-7,2).

Conclusiones: Los pacientes que recibieron corticoides tras el ingreso en UCI presentaron una mayor estancia en UCI y hospitalaria global. Además aquellos pacientes que recibieron corticoides tuvieron una tasa de sobreinfección bacteriana significativamente más alta respecto a los que no los recibieron.

306. PARÁMETROS ANALÍTICOS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN NUESTROS PACIENTES CON NEUMONÍA COVID

Fernández Cuervo A, Marcote Denis B, Gómez García B, Leon Montañes L, de Mota Dengra E y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar los parámetros analíticos más característicos de los diferentes patrones COVID al ingreso y a los 7 días de estancia en UCI así como la mortalidad observada en nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Periodo analizado 2020 (marzo/31 diciembre). Variables analizadas: ferritina, PCR, PCT, LDH, dímero D, fibrinógeno, recuento de linfocitos y PAFI al ingreso en UCI así como a los 7 días y la mortalidad en este grupo de pacientes.

Resultados: El número de pacientes ingresados en nuestra unidad ha sido 54 de los cuales 26 han fallecido y 2 aun permanecen en el hospital, excluyéndose del análisis estadístico. Se ha analizado los parámetros analíticos característicos de los diferentes perfiles COVID observados a su ingreso en la unidad de cuidados intensivos y a los 7 días de estancia en el grupo de pacientes que ha fallecido. Del perfil inflamatorio se ha analizado niveles de LDH, ferritina, fibrinógeno y recuento de linfocitos. Del perfil infeccioso, los valores de PCR y PCT y del perfil procoagulante,

niveles de dímero D. También se analiza la PAFI al ingreso y a los 7 días en UCI. Al ingreso, analizando el patrón inflamatorio, el 56,6% tenían valores de ferritina > 800 ng/ml; 73% LDH > 600 U/L; 1,5% niveles de fibrinógeno < 200 mg/dl y 53,8% superior a 500 mg/dl; en el 84,6% recuento de linfocitos < 1.000 uL. Respecto al patrón infeccioso, presentaban 34,6% valores de PCR > 100 mg/L; y el 32% PCT < 0,5 mg/ml. Analizando el estado procoagulante, el dímero D > 2.000 ng/mL se observó en el 64% de los casos. Teniendo en cuenta el valor de PAFI, el 48% era inferior a 100. A los 7 días de ingreso en UCI, el 61,9% presentaban niveles de ferritina > 800 ng/ml; 71,5% valores LDH > 400 U/L; 50% tenían fibrinógeno < 200 mg/dl y 13% superior a 500 mg/dl; en el 77,2% el recuento de linfocitos < 800 uL. Se observó un 1% PCR > 100 mg/L; y 90% PCT < 0,5 mg/ml; 54,5% tenía niveles dímero D > 2.000 ng/ml y el 10% PAFI < 100.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, niveles elevados de LDH, fibrinógeno superior a 200 mg/ml y la linfopenia al ingreso en UCI así como el aumento de ferritina, dímero D, la disminución del fibrinógeno y la leucopenia a los 7 días se acompañó de mayor mortalidad. Este estudio tiene diversas limitaciones ya que el tamaño muestral fue relativamente pequeño lo cual puede suponer la pérdida de asociación en algunos de los parámetros séricos pero parece estar en la línea de otras series de trabajos similares.

307. COMPORTAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS EN EL ÁREA NORTE DE HUELVA

Álvarez-Ossorio Cisneros S, Castro Medina C, Charris Castro L, Noguero Iriarte P, Rivera Rubiales G y Jiménez Martínez E

Hospital General Minas de Riotinto en Huelva.

Objetivos: Describir el comportamiento de la pandemia por coronavirus en el Hospital General de Minas de Riotinto atendiendo a las características epidemiológicas y geográficas de la región, y características propias de un hospital de primer nivel con 111 camas de hospitalización y 5 camas de UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes ingresados en Hospital General de Minas de Riotinto, entre 16 de marzo y 3 de diciembre 2020. Variables analizadas: incidencia, ingresos en planta y UCI, edad media, antecedentes personales, síntomas, día de síntomas al ingreso, APACHE II, SOFA, estancia media y mortalidad. Comparando dichas variables entre dos periodos bien definidos.

Resultados: Recoge una población de 67.571 habitantes. Desde 1 de marzo al 31 de diciembre se registraron 1392 casos, precisando un 8% ingreso hospitalario y un 17% UCI. Se definen claramente dos periodos, uno comprendido 1 de marzo-19 de abril y segundo 13 de agosto-3 de diciembre. 89 ingresos (32 en el primer periodo y 57 en el segundo), con un 15,6% y un 17,5% (respectivamente) de ingresos en UCI. El 55,1% hombres y el 44,9% mujeres, edad media general 68 años (± 4) y de 60 años (± 7) en UCI. Los antecedentes predominantes fueron HTA (60,2%), dislipemia (38,6%) y diabetes mellitus (36,4%). La saturación de O₂ media al ingreso fue 93%, precisando 69% oxigenoterapia (56% gafas nasales, 7% ventimask, 7% reservorio),

y un 42% de distrés respiratorio. SOFA medio al ingreso 2,43 (2,02-2,83) y APACHE II 10,58 (7,25-13,92). Síntomas predominantes: fiebre (84,1%), astenia (72,7%), disnea (64,8%), tos (59,1%) mialgias (33%) y diarrea (12,5%). Día de síntomas medio al ingreso fue el día 8 (7-9), y en UCI día 10 (8-12). La estancia media hospitalaria fue 10 días (± 7), y en UCI de 20 días (± 8). La mortalidad global fue del 19,5% (34,4% primer periodo y 12,5% segundo), con una mortalidad en UCI del 46,6%.

Conclusiones: Obtenemos un perfil de paciente varón de edad media-alta (68 años), hipertenso, que precisa ingreso en el hospital en el día 7-8 de síntomas con un retraso de 2-3 días en la necesidad de ingreso en UCI. Observamos claras diferencias entre los dos periodos en cuanto a número de ingresos (32 y 57, respectivamente), porcentaje de pacientes en UCI (15,6% frente a 17,5%) y en la mortalidad global (34,4% frente a 12,5%). Sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en datos epidemiológicos de los pacientes (edad, sexo y antecedentes personales), día de síntomas, SOFA ni APACHE II al ingreso.

308. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO APLICADO Y LAS COMPLICACIONES SUFRIDAS POR LOS PACIENTES COVID INGRESADOS EN UCI EN LAS DOS OLAS PANDEMICAS

Pérez Acosta G, Santana Cabrera L, Blanco López J, Carrillo García T, Padrón Espinosa P, Martín González JC y González Martín JM

Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil en Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: España, como el resto de Europa, ha superado la segunda ola pandémica por el COVID 19, encontrándose inmersa en la tercera, durante las cuales se han ido modificando terapias y, probablemente, el perfil del paciente que ingresa en estas unidades.

Objetivos: Analizar las diferencias, durante la primera y la segunda ola epidémica, en el tratamiento aplicado y las complicaciones sufridas por los pacientes con COVID 19 ingresados en UCI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohortes retrospectivo. Se han incluido todos los pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron en UCI durante las dos primeras olas COVID, en el periodo comprendido de marzo a diciembre. Se compararon el tratamiento y el número de complicaciones sufridas por los pacientes entre los dos periodos estudiados.

Resultados: Se presentan en las tablas.

Conclusiones: Los pacientes de la primera ola tardaron más tiempo en acudir al hospital desde el inicio de los síntomas. A pesar de utilizar diferentes protocolos de tratamiento en la primera y segunda ola, con mayor uso de la VMNI. Atendiendo a las recomendaciones terapéuticas por el comité de expertos, no se apreciaron diferencias en la tasa de complicaciones sufridas por los pacientes, aunque parece casi significativa una menor incidencia de obstrucción bronquial. Tampoco existen diferencias en la tasa de mortalidad en las dos olas epidémicas de los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 que precisaron ingreso en una UCI.

Tabla Póster 308

Diferencias en tratamiento

| Tratamiento | 1ª ola (N = 26) | 2ª ola (N = 46) | Valor p |
|---|-----------------|-----------------|---------|
| Días inicio síntomas hasta ingreso Hospital | 8,19 \pm 4,69 | 5,29 \pm 2,83 | 0,011 |
| Días desde ingreso hospital hasta UMI | 1,65 \pm 1,62 | 2,04 \pm 3,22 | 0,946 |
| Horas de VMNI previas a la intubación | 5 \pm 0,98 | 46,26 \pm 4,8 | < 0,01 |
| Intubación orotraqueal | N = 22 (84,61%) | N = 33 (73,33%) | 0,26 |
| VMNI | N = 1 (3,8%) | N = 23 (50%) | 0,26 |
| Sedación | N = 22 (84,6%) | N = 31 (67,4%) | 0,165 |
| Bloqueo neuromuscular | N = 22 (84,6%) | N = 28 (60,9%) | 0,061 |
| Catecolaminas | N = 22 (84,6%) | N = 31 (67,4%) | 0,165 |
| Posición Prono | N = 12 (46,2%) | N = 23 (50%) | 0,809 |
| Duración Prono (días) | 1,84 \pm 2,55 | 2,6 \pm 3,43 | 0,666 |
| Mucolíticos | N = 13 (50%) | N = 31 (67%) | 0,208 |
| Humidificación activa | N = 4 (18,2%) | N = 25 (57,8%) | 0,04 |
| Corticoides | N = 17 (65,4%) | N = 41 (89,1%) | 0,027 |
| Meduri | N = 2 (8%) | N = 14 (30,4%) | 0,039 |
| Anticoagulación | N = 3 (11,5%) | N = 23 (50%) | 0,001 |

Figura Póster 308

| COMPLICACIONES | 1ª OLA N= 26 | 2ª OLA N= 46 | Valor P |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|---------|
| Obstrucción Bronquial | N=16 72.72% | N=23 50% | 0.055 |
| Arritmias Cardíacas | N=8 30.8% | N=15 32.6% | 1 |
| Miocarditis | N=0 0% | N=2 4.3% | 0.532 |
| Neumotórax | N=1 3.8% | N=3 6.5% | 1 |
| Atelectasia | N=18 69.2% | N=11 23.9% | <0.01 |
| Delirio | N= 13 50% | N=18 39.1% | 0.459 |
| Úlceras por prono | N=6 23.1% | N=15 32.6% | 0.433 |
| Fracaso renal agudo | N=7 26.9% | N=11 23.9% | 0.784 |
| Hemorragia Masiva | N=4 15.4% | N=3 6.5% | 0.244 |
| Complicación tromboembólica | N=0 0% | N=1 2.2% | 1 |
| Exitus | N=5 19.2% | N=6 13% | 0.511 |

Diferencias en complicaciones.

309. REINICIO DE LA MANIOBRA DE PRONACIÓN COMO ESTRATEGIA DE RESCATE EN LOS PACIENTES CON SARS-CoV-2 QUE PRESENTAN SOBREENFECCIÓN RESPIRATORIA

Braval Flores A, Giménez Beltrán B, Moreno Cano S, Díez del Corral Fernández B y Gracia Romero MA

Hospital Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Analizar la incidencia del reinicio de la pronación como estrategia de rescate en pacientes con SARS-CoV-2 con sobreinfección respiratoria, así como su etiología. Definimos el reinicio del decúbito prono como la reinstauración de dicha maniobra tras más de 48 horas de su cese. Establecer la relación entre los niveles de presión arterial de oxígeno (PaO₂) y fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) al inicio y fin de las maniobras de pronación tardía, así como su evolución.

Métodos: Analizamos los pacientes ingresados en una UCI de un hospital de 2º nivel con diagnóstico de neumonía bilateral por COVID-19 entre marzo y diciembre de 2019. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, niveles de saturación de oxígeno periférico en UCI, días de VMI, días en decúbito prono, niveles de PaO₂/FiO₂ al inicio y fin de la pronación, los agentes etiológicos de la sobreinfección respiratoria. Los resultados fueron analizados con el programa estadístico SPSS v18. Las variables cuantitativas se expresaron en media ± desviación típica y las variables cualitativas en porcentajes.

Resultados: En el estudio incluimos un total de 64 pacientes (71,9% hombres) con una edad media de 62,38 ± 1,37 y un SOFA al ingreso en UCI de 15 ± 3,94 puntos. El 69,8% de los pacientes requirieron VMI, de los cuales al 17,18% se les aplicó la estrategia de reinicio de la pronación tardía como rescate por empeoramiento de la SpO₂, objetivándose sobreinfección respiratoria en el 50% de los casos. El germen aislado en el 100% de las muestras, mediante BAL, fue el *Aspergillus*. Analizando la relación PaO₂/FiO₂ al inicio y fin de la reinstauración del prono se observó mejoría en la oxigenación en un 60% de los pacientes, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En un 17,18% de los pacientes con necesidad de VMI las maniobras de pronación tardía fueron la estrategia de rescate tras el empeoramiento de la SpO₂, presentando mejoría de la PaO₂/FiO₂ en el 60%. En el 50% de los pacientes que presentaron un importante deterioro respiratorio tras el cese del decúbito prono el agente etiológico aislado que condicionó su reinicio fue el *Aspergillus*.

310. ANÁLISIS METABOLÓMICO COMO PREDICTOR DEL FRACASO DEL SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19

Marín Corral J^a, Muñoz R^a, Pascual Guardia S^a, Vilà C^a, Salazar A^a, Rodríguez J^a, Gómez A^a, Restrepo M^l, Pozo O^a y Masclans JR^a. Grupo de investigación: Grupo de Investigación en Patología Crítica (GREPAC)

^aHospital del Mar-IMIM en Barcelona. ^bUniversity of Texas Health San Antonio en San Antonio, EE.UU.

Objetivos: Encontrar una huella metabólica capaz de predecir el fracaso de las estrategias de soporte ventilatorio no invasivo (NIS) en la neumonía por COVID-19.

Métodos: Se incluyeron pacientes en las primeras 12 horas de inicio de NIS. Se recogieron muestras de plasma para análisis metabólico y datos demográficos, comorbilidades, variables clínicas y analíticas. El análisis metabólico incluyó 211 biomarcadores que se determinaron mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC-MS/MS). Se evaluó el carácter predictivo del perfil metabólico para el fracaso del NIS. El análisis bivariado se realizó mediante t-test, Mann-Whitney o χ^2 . Los datos metabólicos se analizaron mediante oPLS-DA y análisis de curvas de ROC mediante el software Meta-BoAnalyst.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con necesidad de NIS, de los cuales 17 (65%) presentó fracaso al NIS requiriendo ventilación mecánica. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a las variables clínicas analizadas. Una disminución de monoacilgliceroles, diacilgliceroles

y de la ratio lactato/piruvato así como un incremento en el acetoacetato y el cortisol, se asociaron con el fracaso del NIS (todos $p < 0,05$). La combinación de 10 biomarcadores mostró un poder de discriminación del 95,5% para el fracaso del NIS.

Conclusiones: El perfil metabólico de los pacientes COVID-19 al inicio del NIS podría ser útil para guiar decisiones clínicas. Alteraciones en la lipólisis y los corticoides podrían ser un factor clave en el fracaso del NIS.

311. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR COVID-19 EN LOS QUE SE HA REALIZADO TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA

Mamolar Herrera N, Mucientes Peinador E, Vázquez Suero A, Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez J, Renedo Sánchez-girón G, Bustamante Munguira E, Citores González R, Francisco Amador A y Bouchotrouch H

Hospital Clínico Universitario en Valladolid.

Objetivos: Analizar la evolución los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos por neumonía COVID-19 en los que se ha realizado traqueotomía percutánea e intentar comparar si aquellos en los que se realizó una traqueotomía precoz presentaron una evolución más favorable que aquellos en los que se realizó de forma más tardía.

Métodos: Estudio descriptivo sobre los pacientes ingresados por neumonía COVID-19 en la Unidad de cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante la primera y segunda ola de la pandemia por SARS-CoV-2 en los que se realizó traqueotomía percutánea durante su estancia en la unidad. El estudio se ha realizado con 31 pacientes, 15 ingresados durante la primera ola y 16 durante la segunda. La traqueotomía en todos ellos se realizó mediante técnica percutánea por los médicos intensivistas de la unidad. Se define como traqueotomía precoz la realizada durante los 10 primeros días de ventilación mecánica, y tardía, la que se realiza más adelante de dicha fecha.

Resultados: Se realizó traqueotomía percutánea precoz en 5 pacientes (16,1%) y tardía en 26 (83,8%). En los que se realizó de forma precoz, fallecieron durante su estancia en UCI 2 de ellos (40%), y en los que se realizó de forma tardía, fallecieron 6 (23%), pero a fecha de emisión de este documento, 12 pacientes permanecen aún ingresados en la unidad, por lo que el porcentaje de este segundo grupo podría variar. De los 11 pacientes que fueron dados de alta tras mejoría clínica, solo 3 de ellos (27,2%) presentaron ingresos en UCI inferiores a 30 días, los otros 8 permanecieron durante más tiempo en la unidad, siendo el ingreso más prolongado de 83 días. De los pacientes dados de alta y que a fecha de emisión de este estudio permanecen con vida, en el 80% de ellos se realizó la traqueotomía de forma tardía.

Conclusiones: Según nuestros resultados, la realización de una traqueotomía precoz en los pacientes que ingresan por COVID-19 no supone una evolución más favorable que en aquellos en los que se realiza de forma tardía. No obstante, un alto porcentaje de los pacientes incluidos en este estudio, a fecha de su emisión aún permanecen ingresados en UCI, por lo que los resultados aquí expuestos podrían variar. Se necesitan más estudios para poder comparar y emitir recomendaciones en lo relacionado al momento idóneo de realización de traqueotomía en pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos por COVID-19.

312. CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS POR COVID19 EN LA UCI DEL HOSPITAL COMARCAL DE RIOTINTO (HUELVA) Y COMPARACIÓN CON UNA COHORTE NACIONAL

Charris Castro L, Álvarez-Ossorio Cisneros S, Castro Medina C, Rico Armenteros T, Rivera Rubiales G y Noguero Iriarte P

Hospital de Riotinto en Minas de Riotinto.

Objetivos: Describir las características clínicas y los parámetros analíticos de los pacientes ingresados en UCI por COVID19 en el Hospital Comarcal de Riotinto y comparar los principales resultados con la cohorte del estudio Red de UCI españolas COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó las hospitalizaciones en UCI del Hospital de Riotinto desde 13/03/20 a 3/12/20. Se describen datos demográficos, escala SOFA y APACHE, número de días de síntomas y marcadores analíticos. Para comparar los principales resultados con el estudio de la RED UCI españolas para COVID 19 se empleó

la razón de medianas (RM) que corresponde al cociente Mediana Riotinto/Mediana Española.

Resultados: Se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI ($n = 15$). La mediana de edad fue 64 años (RIC: 61-71), RM = 1,0. De ellos, el 60% ($n = 9$) fueron hombres y el 40% ($n = 6$) mujeres. La mediana de inicio de síntomas al ingreso en planta fue de 8 días (RIC 7-9) y de 11 días (RIC 9-12) al ingreso en UCI. Presentaron un valor de SOFA: 3 (RIC 3-6), RM = 0,60 y APACHE: 10 (RIC 6-14), RM = 0,83. La mediana de los parámetros analíticos fue: Ferritina: 1.348 ng/ml (RIC 783-6.963)/15, dímero D: 2.170 ng/ml (RIC 1.462-6.988)/15, procalcitonina: 2,25 ng/ml (RIC 0,24-32,77)/15, LDH: 481 U/L (RIC 358-560)/15, IL6: 173 pg/ml (RIC 86-750)/15, leucocitos: 14.650/mm³ (RIC 121.80-30.240)/15, plaquetas: 127.000 (RIC 88.000-324.000)/15, PCR: 173 mg/dl (RIC 116-350)/15, troponina: 69,95 ng/ml (RIC 14,04-115,8)/14, urea: 112,7 mg/dl (RIC 71,5-227,5)/15, creatinina 1,5 mg/dl (RIC 1,01-3,5), lactato: 2,5 mmol/l (RIC 2,1-3,8)/11, ProBNP: 2.665 pg/ml (RIC 626-5.738)/4. De los 13 parámetros analíticos incluidos, en 12 de ellos se obtuvo una razón de mediana superior en nuestro estudio. La mayor diferencia se obtuvo en la RM de procalcitonina (11,25), proteína C reactiva (8,35), troponina (5,68), péptido natriurético (5,84), urea (2,82) y el dímero D (2,13).

Conclusiones: Las características demográficas de los pacientes en ambos estudios fueron similares. Aunque la puntuación SOFA y APACHE de los pacientes de nuestro estudio fue inferior a de la cohorte nacional, la mediana de la mayoría de los parámetros analíticos fue mayor, especialmente en marcadores inflamatorios y de alteración cardíaca y renal.

313. DESGLOSE DEL SCORE HACOR Y SU RELACIÓN CON INTUBACIÓN Y MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 INGRESADOS EN UCI

Gordillo Resina MM, Aranda Martínez C y Amat Serna T

Complejo Hospitalario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la puntuación HACOR para predecir el fracaso del ONAF (oxígeno nasal alto flujo) en pacientes con diagnóstico establecido de neumonía por SARS-CoV-2 ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y evaluar la mortalidad según grupo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en los pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 en la UCI polivalente del Hospital Universitario de Jaén que estaban recibiendo tratamiento con ONAF. Recogimos el score HACOR a su ingreso (frecuencia cardíaca, pH, Glasgow, oxigenación y frecuencia respiratoria) y lo comparamos con la incidencia de intubación orotraqueal (IOT) y con mortalidad. Estadística realizada mediante SPSS.

Resultados: Fue posible la recogida de datos en 19 pacientes ingresados en UCI con diagnóstico confirmado de neumonía por virus SARS-CoV-2 con infiltrados radiológicos bilaterales, en cuatro cuadrantes y que necesitaron ONAF. Los resultados que obtuvimos al calcular HACOR fue una mediana de 6 (2-11) puntos. La relación de datos según los grupos de Alto riesgo de fracaso ($N = 13$ pacientes) o bajo riesgo de fracaso de ONAF ($N = 6$ pacientes) se presentan en la tabla. Finalmente precisaron intubación durante su ingreso en UCI: 8 pacientes de los 13 de alto riesgo y 3 de 6 del bajo riesgo. Si analizamos la mortalidad fallecieron un total de 6 pacientes de la muestra y si la relacionamos con el riesgo de fracaso de la ONAF; de los de bajo riesgo falleció 1 paciente; y de los de alto riesgo fallecieron 5 pacientes.

| | Alto riesgo fracaso ONAF (media ± DE), N = 13 | Bajo riesgo fracaso ONAF (mediana (media ± DE), N = 6 |
|-------------------------|---|---|
| Frecuencia cardiaca | 102 ± 19 | 76 ± 9 |
| pH | 7,4 ± 0,5 | 7,4 ± 0,3 |
| Glasgow Coma Scale | 14 ± 1 | 15 |
| Relación PO2/FiO2 | 90 ± 34 | 156 ± 24 |
| Frecuencia respiratoria | 33 ± 7 | 26 ± 6 |
| Puntuación Índice HACOR | 7 ± 1,5 | 3,5 ± 1 |

Conclusiones: No se observa relación estadísticamente significativa entre el riesgo de fallo de ONAF con la intubación o con la mortalidad en nuestros pacientes aunque dada la pequeña muestra que tenemos no podemos afirmar que dicho score sirva para ello.

314. MARCADORES INFLAMATORIOS Y FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON COVID-19

Carrasco González E, López Gómez L, Higón Cañigral A, Tornero Yezpe P, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, Bayoumy Delis P, Ruiz Rodríguez A y Carrillo Alcaraz A. *Grupo de Investigación:* UCI Hospital Universitario Morales Meseguer

Hospital Universitario Morales Meseguer en Murcia.

Objetivos: Comparar los valores de los marcadores inflamatorios en los pacientes con éxito y fracaso de la VNI utilizada en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria debida a COVID-19.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de todos los pacientes que de forma consecutiva ingresan en UCI, entre el 11 de marzo y el 23 de diciembre de 2020, por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a COVID-19. Se define fracaso de la VNI la necesidad de intubación orotraqueal o muerte en UCI. Se analizan los valores analíticos al ingreso en UCI y a las 48 horas de estancia. Las variables se expresan como medias \pm desviación típica o mediana (rango intercuartil). La comparación entre variables mediante la prueba de Mann Whitney.

Resultados: Han sido analizados 147 pacientes de los cuales 94 (63,9%) eran hombres. La edad media era de 60 ± 12 años y el valor en la escala SAPS II de 30 ± 9 puntos. Al inicio de la terapia con VNI, la frecuencia respiratoria era de 32 ± 10 rpm y la PaO₂/FiO₂ 126 ± 29 mmHg. En relación a la terapia respiratoria, el 76,9% (113 casos) tuvieron éxito de la VNI, mientras que 34 pacientes presentaron fracaso. Los valores de los marcadores inflamatorios al ingreso y a las 48 horas de la terapia respiratoria se muestran en la tabla.

| | Éxito VNI (n = 113) | Fracaso VNI (n = 34) | Valor p |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------|
| Leucocitos (x10³ /ul) | | | |
| Ingreso | 8,6 (6,1-12,5) | 10,6 (7,1-16,4) | 0,977 |
| 48 horas | 7,9 (6,1-11,1) | 12,3 (8,6-14,2) | 0,322 |
| Linfocitos (x10³ /ul) | | | |
| Ingreso | 600 (400-900) | 500 (475-1000) | 0,071 |
| 48 horas | 600 (425-900) | 600 (300-900) | 0,082 |
| PCR (mg/dL) | | | |
| Ingreso | 13,1 (5,4-22,7) | 14,4 (9,9-24) | 0,021 |
| 48 horas | 4,9 (3,1-11,1) | 9,8 (3,6-18,8) | 0,001 |
| Procalcitonina (ng/ml) | | | |
| Ingreso | 0,1 (0,04-0,40) | 0,10 (0,06-0,26) | 0,012 |
| 48 horas | 0,06 (0,02-0,18) | 0,10 (0,07-0,25) | < 0,001 |
| LDH (U/l) | | | |
| Ingreso | 713 (546-882) | 763 (573-1442) | 0,024 |
| 48 horas | 614 (489-797) | 951 (654-1235) | < 0,001 |
| Ferritina (ng/ml) | | | |
| Ingreso | 779 (451-1282) | 1202 (274-1700) | 0,879 |
| 48 horas | 714 (446-1153) | 1392 (340-1900) | 0,683 |
| Dímero D (ng/ml) | | | |
| Ingreso | 864 (558-1086) | 1736 (600-1305) | 0,003 |
| 48 horas | 968 (502-1305) | 1696 (1024-5341) | 0,004 |
| Interleucina 6 (pg/ml) | | | |
| Ingreso | 36 (4,9-104,4) | 15,7 (11,1-63,2) | 0,139 |
| 48 horas | 5 (2,7-36,5) | 28,5 (3,5-154,1) | 0,032 |

Conclusiones: Múltiples marcadores inflamatorios y relacionados con la hemostasia, al ingreso en UCI y a las 48 horas, se relacionan con mayor fracaso de la VNI.

315. ANÁLISIS DESCRIPTIVO BASADO EN EL TRATAMIENTO CON ÓXIDO NÍTRICO EN EL DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO ASOCIADO A SARS-CoV-2

Pereira Gama MS, Mancha Salcedo R, Díaz-Távora Luque M, Godoy Boraita S, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Peña Luna IM, Granado Martínez D, Gil Pérez NM y Benítez Morillo MF

Hospital de Mérida en Mérida.

Objetivos: Principal: análisis descriptivo del tipo de paciente subsidiario a tratamiento con óxido nítrico (NO). Secundario: Determinar las principales complicaciones con su uso.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo observacional de una muestra de 8 pacientes, recogidos durante el periodo comprendido entre

marzo de 2020 y enero de 2021, ingresados en la unidad de cuidados intensivos (U.C.I.) del Hospital de Mérida. Han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Del total de la muestra analizada, el 62,5% de los pacientes eran varones con una edad media de 65 años. En todos ellos, fue empleado como tratamiento de rescate en pacientes con SDRA grave secundario a infección por SARS-CoV-2, cuando el reclutamiento alveolar y las maniobras de decúbito prono no eran suficientes para conseguir una adecuada oxigenación. Se produjo una mejoría en la pO₂ en el 100% de pacientes (media de pO₂ previa a NO 72 mmHg/media de pO₂ post-tratamiento con NO 96 mmHg). También medimos la presión positiva al final de la espiración (PEEP) previa al inicio del NO de 15,37 cmH₂O y al final del tratamiento de 15,13 cmH₂O. Entre las principales complicaciones derivadas de su uso, como pueden ser la coagulopatía o la lesión renal aguda, no se detectaron en ninguno de los pacientes sometidos al tratamiento. En cuanto a la mortalidad, el 62,5% de los pacientes fallecieron.

Conclusiones: El empleo de NO es un tratamiento seguro, dada su baja tasa de complicaciones. Tras 24 horas de uso, hemos encontrado una mejoría en la media de pO₂ de nuestros pacientes sin repercusión en las cifras de PEEP, sin embargo, esto no ha modificado las cifras en cuanto a mortalidad.

316. TRATAMIENTO CON ÓXIDO NÍTRICO Y SU RELACIÓN CON LA OXIGENACIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON SDRA GRAVE SECUNDARIO A SARS-CoV-2

Mancha Salcedo R, Pereira Gama MS, Díaz-Távora Luque M, Godoy Boraita S, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Peña Luna IM, Granado Martínez D, Benítez Morillo MF y Gil Pérez NM

Hospital de Mérida en Mérida.

Objetivos: Análisis del índice de oxigenación (PaO₂/FiO₂) con el uso de óxido nítrico (NO) en pacientes con SDRA grave secundario a SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo observacional de una muestra de 8 pacientes, recogidos durante el periodo comprendido entre marzo de 2020 y enero de 2021, ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital de Mérida. Han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: El 62,5% de los pacientes eran varones con una edad media de 65 años. Se trataron con NO a pacientes con SDRA grave secundario a infección por SARS-CoV-2 cuando los pacientes presentaban insuficiencia respiratoria refractaria a maniobras de reclutamiento y decúbito prono, con una PaO₂/FiO₂ < 100 mmHg o una presión plateau > 30 cm H₂O. Dado que el NO presenta beneficio a nivel pulmonar por su vasodilatación selectiva hemos analizado su efecto sobre la oxigenación arterial. La PaO₂/FiO₂ previa media fue de 78 (\pm 17). Mientras que la PaO₂/FiO₂ post tratamiento (a las 24 horas) fue de 120 (\pm 48). Analizamos la correlación de la PaO₂/FiO₂ previa y posterior al tratamiento mediante el estadístico de Wilcoxon no siendo significativo el aumento de dicho valor (p 0,09).

Conclusiones: El uso con NO mejora la oxigenación arterial debido a su efecto vasodilatador sobre la vasculatura pulmonar de forma selectiva. Por tanto, podría ser recomendable su uso en pacientes con hipoxemia refractaria a medidas habituales (ventilación mecánica protectora, reclutamiento alveolar y maniobras de decúbito prono), aunque el resultado de nuestra muestra no sea significativo.

317. USO DE FIBROBRONCOSCOPIAS EN PACIENTES CRÍTICOS COVID-19 INGRESADOS EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Flores Orella M, Torrens Sonet M, Cordón Abalde A, Gomila Sintés C, Morales Alarcón EM, Suárez Montero JC, Rodríguez Farré N, Vera Artácoz P, Santos Rodríguez JA y Mancebo Cortés J

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Describir el uso e indicaciones de fibrobronoscopias (FBC) con o sin lavado broncoalveolar (BAL) en pacientes críticos con infección por SARS-CoV-2.

Métodos: Se realiza un análisis observacional, prospectivo y mono-céntrico con inclusión de todos los pacientes > 18 años con diagnóstico de COVID-19 ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un

hospital universitario de tercer nivel durante los meses de octubre y noviembre del 2020. Se recogieron variables demográficas y relacionadas con el ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como la incidencia de FBC, la incidencia de BAL y los resultados microbiológicos hallados.

Resultados: Se recogieron los datos de un total de 57 pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, de los cuales 38 fueron varones (67%), con mediana de edad de 66 años (IQ 56-73), mediana de APACHE II de 12 (IQ 8-16) y SAPS II de 28 (IQ 18-36). La mediana de días de estancia en UCI fue de 7 días (IQ 3-14). Del total de los pacientes incluidos, un 72% (n = 41) requirieron intubación orotraqueal y presentaron una mediana de días de ventilación mecánica de 9 días (IQ 7-15). De estos, 22 pacientes requirieron FBC en algún momento del ingreso (53,6% del total de ventilados). Se realizaron un total de 39 fibrobroncoscopias, en las que en un 92% (n = 36) se realizó, además, un BAL. En un 58% (n = 21) de los BAL se aisló algún germen, con la siguiente incidencia: *Pseudomonas aeruginosa* (2), *Klebsiella aerogenes* (2), *Staphylococcus aureus* metilín-sensible (1), *Staphylococcus coagulasa* negativo (1), *Streptococcus epidermidis* (1), *Actinomyces odontolyticus* (1), *Candida albicans* (7), *Candida tropicalis* (1), *Candida parapsilosis* (3), *Candida metapsilosis* (1), *Acinetobacter pittii* (1), *Aspergillus fumigatus* (2) y *Aspergillus flavus* (2).

Conclusiones: En nuestra muestra, más de la mitad de los pacientes ventilados requirieron al menos una fibrobroncoscopia (53,6%). En la mayoría de los procedimientos se obtuvo un lavado broncoalveolar y la mayoría de los hallazgos microbiológicos correspondieron al aislamiento de hongos tipo *Candida*.

318. INFECCIÓN RESPIRATORIA ASOCIADA A NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Moreno Cano SG^a, Garrino AP^a, Breval Flores A^a, Martín Ávila H^a, Armenteros T^b y Estella A^a

^aHospital Universitario de Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

^bHospital de Riotinto en Riotinto.

Introducción y objetivos: Los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por neumonía bilateral causada por SARS-CoV-2 y requieren ventilación mecánica invasiva presentan una alta incidencia de infección respiratoria por otros gérmenes. Describir la necesidad de VMI, la incidencia de infección bacteriana/fúngica en pacientes ingresados en UCI con neumonía por SARS-CoV-2 y la mortalidad de los mismos.

Métodos: Estudio retrospectivo en un hospital comunitario de pacientes ingresados desde el 1 marzo de 2020 hasta el 30 de enero en la Unidad de Cuidados Intensivos por neumonía bilateral por SARS-CoV-2. Se realizó lavado broncoalveolar (BAL) en el momento de la intubación en los pacientes que requirieron VMI y se extrajo antigenuria y PCR para virus influenza a su ingreso. Se describen los antecedentes médicos, cultivos microbiológicos, duración de estancia en UCI y la mortalidad. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el SPSS v18 y las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes con una edad media de 63,6 \pm 10 años, 82 varones (71%) y 33 mujeres (29%). La mediana de estancia en UCI fue de 15 días [7-25]. Se pautaron corticoides al ingreso en el 85% de los mismos y antibioterapia empírica al ingreso en el 100% de los pacientes, siendo suspendida a las 48 horas salvo aislamiento microbiológico o aumento de biomarcadores. 71 pacientes (79%) requirieron intubación orotraqueal (IOT). La mortalidad total fue del 58% (n = 57), excluyendo a los pacientes aún ingresados en UCI (n = 15), siendo del 74% en los pacientes con necesidad de IOT (p < 0,05). El 66% presenta-

ron neumonía asociada a ventilación mecánica; un 82% de origen bacteriano y 45% por *Aspergillus*. El 34% presentaron coinfección bacteriana-fúngica. Los aislamientos bacterianos más frecuentes fueron 15 por *Pseudomonas aeruginosa*, 10 por *Staphylococcus aureus*, 9 *Klebsiella pneumoniae*, 8 *Enterococcus faecalis* y 7 por *Stenotrophomonas*.

Conclusiones: La mayoría de pacientes ingresados por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 requirieron intubación orotraqueal, asociada a una mayor mortalidad. Se evidencia una alta incidencia de neumonía bacteriana y fúngica asociada a ventilación mecánica.

319. UN ESTUDIO DEL PODER PREDICTIVO DE LAS SEÑALES DE MECÁNICA VENTILATORIA SOBRE LA OBSTRUCCIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL EN PACIENTES COVID-19

Pérez Acosta G^a, Suárez Díaz FJ^a, Navarro Mesa JL^b, Santana Cabrera L^a, Blanco López J^a, Padrón Espinosa P^a, Carrillo García T^a, Suárez Araujo CP^c y Martín González JC^a

^aComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil en Las Palmas de Gran Canaria. ^bDeTIC-Universidad Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria. ^cIUCTC- Universidad Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar en pacientes ventilados con neumonía por COVID-19 con obstrucción del tubo endotraqueal, usando modelos predictivos bayesianos. Permiten realizar una clasificación binaria entre instantes normales y pre-obstructivos, los cuales preceden a la obstrucción en sí misma.

Métodos: Durante la primera ola COVID, en nuestra UCI, 16 pacientes presentaron obstrucción del tubo endotraqueal. De cada paciente se han registrado en paralelo y sincrónicamente 5 señales vinculadas a la mecánica ventilatoria; presión pico, plateau, media, resistencia y compliance. Seleccionaron intervalos de referencia no obstructivos y los intervalos de pre-obstrucción, así como la obstrucción. Para cada tipo de señal se crearon dos grupos de muestras, una de referencia y otra de preobstrucción. Se entrenó un modelo de probabilidad bayesiano para cada clase, a partir de cada señal de mecánica ventilatoria (5 modelos biclase). La clasificación se hace mediante el criterio de máximo a posteriori. Para estudiar la robustez del modelo, el proceso de entrenamiento-test se ha repetido 1.000 veces, seleccionando de manera aleatoria. En cada selección, 70% de las muestras de cada clase se usa para entrenar y el resto para testear. La calidad medida en de exactitud, sensibilidad y especificidad del modelo predictivo. Los resultados (%) de medias (\pm desviación, σ) se muestran en la tabla.

Conclusiones: Es posible predecir intervalos de referencia no obstructivos y pre-obstructivos. Las señales de mecánica ventilatoria tienen alto poder predictivo mostrando exactitud, sensibilidad y especificidad (69% y 99%). La relación de orden es Presión media > Presión pico > Prplateau > Resistencia > Compliance. Se fianza una prometedora línea de investigación entre Medicina y Tecnología, la posibilidad de aplicar técnicas de Machine Learning para crear métodos predictivos de complicaciones graves en COVID-19.

320. PRIMERA OLA SARS-CoV-2 HUFA

Huerta Palacios V, Rovirosa Bigot S, Godoy Tundidor V, Ruíz de Luna González R, de la Calle Pedrosa N, González Jiménez A, Gabán Díez A, Temprano Gómez I, Salas Alcántara O y Algora Weber A. Grupo de investigación: Unidad cuidados críticos HUFA

Hospital Universitario Fundación Alcorcón en Alcorcón.

Figura Póster 319

| | Presión media $\bar{x}(\pm\sigma)$ | Presión pico $\bar{x}(\pm\sigma)$ | Presión plateau $\bar{x}(\pm\sigma)$ | Resistencia $\bar{x}(\pm\sigma)$ | Compliance $\bar{x}(\pm\sigma)$ |
|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| Exactitud | 99.05 (0.64) | 95.94 (1.06) | 95.06 (7.98) | 86.56 (1.08) | 69.16 (2.19) |
| Sensibilidad | 98.88 (0.7) | 96.25 (2.77) | 96.18 (4.56) | 73.68 (3.17) | 68.71 (2.56) |
| Especificidad | 99.16 (0.73) | 95.75 (1.92) | 94.52 (9.82) | 94.92 (1.95) | 69.46 (3.11) |

Objetivos: En la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2 ingresaron en la UCI del H.U. de Alcorcón 85 pacientes por insuficiencia respiratoria. En este trabajo se detallan las características clínicas de nuestros pacientes así como las complicaciones, la mortalidad y las secuelas de nuestra muestra.

Métodos: Se incluyen a todos los pacientes que ingresaron en la UCI del H.U. de Alcorcón del 10/03 al 30/04 de 2020. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: En estas seis semanas, 85 pacientes precisaron ingreso en UCI, 57 de los cuales fueron varones (67%). La media de edad fue de 65 años ($DE \pm 10,7$). Del total, 62 pacientes (73%) tenía algún tipo de comorbilidad, entre las que destacan HTA (51%), obesidad (35%) siendo el IMC medio del 28,48 ($DE \pm 4,9$), diabetes (28%) e hipotiroidismo (16%). Cabe señalar pocas comorbilidades respiratorias (6% fumadores y 3% EPOC). Todos los pacientes fueron intubados, siendo la mediana de la PAFI tras IOT de 76 (RIQ 61-122). Respecto a la gravedad al ingreso, destaca un APACHE de 20 (IQ 16,5-24) y SAPS III 60 (IQ 54-66). Además, un 74% sufrieron algún tipo de complicación entre las que destacan: sobreinfección bacteriana: 34 pacientes (40%); fracaso renal: 33 (38%), de los cuales 13 precisó TRS; atelectasia: 16 (18,8%); barotrauma: 13 (15,3%); hemorragia significativa: 7 (8,1%); TEP: 6 (7,1%), aunque en este apartado existe un sesgo, ya que teniendo alta sospecha de tromboembolismo no se pudo realizar angioTAC a muchos pacientes por inestabilidad. Por otro lado, la mediana de estancia en UCI fue de 19 días (IQ 8-41) y la hospitalaria de 31 días (IQ 13-48). Cinco pacientes (6%) se trasladaron a otro centro para ECMO o por presión asistencial. La mortalidad fue elevada (43%), así como la tasa de secuelas en los supervivientes (87%), destacando las neuromusculares lo que motivó realizar hasta 24 traqueostomías (28%).

Conclusiones: La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un gran aumento de ingresos en UCI. A pesar de tratarse de pacientes jóvenes, la mayoría tenía comorbilidades y todos precisaron IOT por distrés pulmonar. El tiempo de estancia en UCI y la mortalidad han superado claramente a lo habitual en nuestro centro, habiendo un importante número de complicaciones graves durante el ingreso y una alta tasa de secuelas al alta.

321. INICIO DE LA FIBRINOLISIS GUIADA POR CATÉTER EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA

Pereira Gama MS, Mancha Salcedo R, Díaz-Távora Luque M, Godoy Boraita S, Pérez Caballero FL, Peña Luna IM, Lardelli Picallos S, Granado Martínez D, Gil Pérez NM y Benítez Morillo MF

Hospital de Mérida en Mérida.

Objetivos: Principal: iniciar una nueva modalidad de administración de tratamiento en pacientes con tromboembolismos pulmonares sin criterios de realizar fibrinólisis sistémica o que presenten contraindicaciones para ello; tanto absolutas como relativas. Secundario: determinar el efecto de dicho tratamiento sobre las presiones de la arteria pulmonar: sistólica (PSAP), diastólica (PDAP) y media (PAPm).

Métodos: Estudio analítico retrospectivo observacional con un tamaño muestral de diez pacientes recogidos desde enero a diciembre de 2020 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Mérida. Los datos se analizan mediante el programa informático estadístico SPSS.

Resultados: En nuestro registro encontramos un total de 10 pacientes, de los cuales el 60% son mujeres y el 40% hombres. Tenían una edad media de 58,6 ($\pm 15,4$) años. En cuanto a los antecedentes, el 30% presentaban patología pulmonar y el 20% antecedentes neoplásicos. Se valoró la gravedad del tromboembolismo pulmonar mediante la escala PESI donde la puntuación media fue de 102,6 ($\pm 30,7$) puntos. El 60% presentaba un TEP de alto riesgo y el resto de riesgo intermedio o bajo. La puntuación en las escalas de gravedad al ingreso fue de una media de 9,7 ($\pm 3,8$) puntos en la escala APACHE II y de 37,6 ($\pm 8,4$) puntos la escala SAPS. Dado que todos los pacientes, presentaban contraindicaciones absolutas, relativas o no presentaban criterios de fibrinólisis sistémica, se procedió a realizar en el 100% de los pacientes una fibrinólisis guiada por catéter situando el catéter en la salida del tronco de la pulmonar bajo control radioscópico y se administró el fibrinolítico durante 24 horas. Se midieron las presiones pulmonares antes del inicio de la medicación obteniéndose una media de PSAP de 48 mmHg ($\pm 21,5$ mmHg), PDAP de 18 mmHg (± 9 mmHg) y PAPm 26 mmHg ($\pm 12,3$ mmHg). Tras la finalizar el tratamiento la PSAP media fue de 34 mmHg ($\pm 13,2$ mmHg), PDAP 7 mmHg (± 2 mmHg) y PAPm 14 mmHg

($\pm 5,2$ mmHg); analizando estos datos se observa una disminución del 30% de la PSAP, un 60% de la PDAP y un 43% de la PAPm.

Conclusiones: La fibrinólisis local guiada por catéter es un tratamiento muy atractivo como alternativa a la fibrinólisis sistémica en pacientes con contraindicaciones para ella y en aquellos pacientes a los cuales presentan un tromboembolismo pulmonar bilateral sin criterios de fibrinólisis sistémica. En nuestra muestra se ha visto un descenso de las presiones pulmonares tras la administración del tratamiento.

Pósteres online

Toxicología

322. INTOXICACIONES POR ETILENGLICOL Y METANOL (ENERO 2010-DICIEMBRE 2020)

Hoya González C, Serna Grande P, Béjar Alonso I, González Redondo A, Panera Martínez E, Mourelle Vázquez L, Corera Cía M, Rivas Bilbao A, Kadi Ayad A e Iñigo Morras E

Hospital Universitario de Cruces en Barakaldo.

Introducción: Las intoxicaciones por etilenglicol y metanol son poco frecuentes, pero constituyen dos urgencias con alta mortalidad y riesgo de secuelas irreversibles.

Objetivos: Nuestro estudio es un análisis descriptivo de una serie de pacientes intoxicados por etilenglicol o metanol.

Métodos: En la muestra se han incluido los pacientes que ingresaron en la UCI polivalente del H.U.C. entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2020, con diagnóstico de acidosis metabólica con anión GAP elevado y determinación en plasma positiva para etilenglicol o metanol. Hemos analizado: gasometría al ingreso, fracaso renal, otros fracasos orgánicos (fallo hepático, crisis convulsivas o alteraciones del ritmo cardiaco), administración de etanol intravenoso, hemodiálisis, otros soportes (intubación orotraqueal y ventilación mecánica o drogas vasoactivas), secuelas y mortalidad asociada.

Resultados: En la muestra se han incluido los 9 pacientes que ingresaron en la UCI durante 10 años. De ellos, 3 fueron intoxicaciones por etilenglicol y 6 por metanol. Los pacientes intoxicados por etilenglicol tenían una media de 47,3 años y todos eran hombres. 1 de ellos presentó fracaso renal y ninguno otros fallos orgánicos. 2 precisaron intubación y ventilación mecánica, mientras que 1 precisó administración de vasoactivos. Se administró etanol y se realizó hemodiafiltración veno-venosa continua a todos. Ninguno falleció y 1 presentó como secuela fracaso renal tras el alta. Los intoxicados por metanol presentaban una media de 35,6 años, con 2 hombres y 4 mujeres. Ninguno presentó fracaso renal ni hepático. 2 presentaron otros fallos orgánicos (1 presentó crisis convulsivas y otro, además de crisis convulsivas presentó alteraciones del ritmo cardiaco). 4 requirieron intubación y ventilación mecánica, mientras que 1 requirió administración de vasoactivos. Se administró etanol y se realizó hemodiafiltración veno-venosa continua a todos. 3 fallecieron. 1 paciente presentó secuelas neurológicas y neuropatía óptica. De la serie completa de 9 pacientes se obtuvo una mortalidad del 33,3%. De los 6 que sobrevivieron, 2 presentaron secuelas (fracaso renal, secuelas neurológicas o neuropatía óptica).

Conclusiones: En la muestra se aprecia la gravedad de las intoxicaciones, la alta mortalidad y la necesidad de instaurar tratamiento lo antes posible cuando la sospecha clínica es alta, incluso antes de disponer de la confirmación del laboratorio de la presencia de etilenglicol o metanol en sangre.

323. CARACTERIZACIÓN DE LAS INTOXICACIONES QUE REQUIEREN INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ruiz García A, Serrano Ferrer C, Araoz Illanes R, Beltrán Hernández D, Oñoro Morales A, Monge Sola L, López Ramos E, García Sanz J, Acha Aranda A y Nevado Losada E

Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares.

Objetivos: Conocer la patogénesis y agentes causales más frecuentes de las intoxicaciones que requieren ingreso en UCI en nuestra área de