

± 19,8. Se aplicó BIPAP al 5% y la oxigenoterapia de alto flujo al 45% de los pacientes ingresados. El 93,8% fue colocado en decúbito prono. La mortalidad fue del 35%. La tabla muestra la relación paO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> basada en la mortalidad.

	Ingreso en UCI	24 horas	48 horas	72 horas
Exitus paO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	180	156,17	178,17	141
Supervivientes paO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	137,5	166,63	182,89	146,88

**Conclusiones:** El uso de ventilación mecánica invasiva y colocación en prono en pacientes críticos ingresados por SARS-CoV-2 en UCI fue muy frecuente. La mejoría en la relación paO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> en las primeras 48 horas de ingreso se relacionó con un mejor pronóstico.

### 921/COVID-19. NEUMONÍA VIRAL COVID-19 EN LA UCI DEL HOSPITAL DE SEGOVIA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ESTADÍSTICO EN RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

Hidalgo Valverde V, Liger Borja EA, Lozano Espinosa M, Márquez Fernández C, Jimeno Cubero P y Martín López C

*Hospital General de Segovia en Segovia.*

**Objetivos:** Analizar los casos ingresados con diagnóstico de neumonía viral por COVID-19 en la UCI del Hospital de Segovia y determinar sus características clínicas de relevancia. Analizar la mortalidad intra-UCI y asociar los factores relacionados con la mortalidad.

**Métodos:** Estudio transversal y retrospectivo de los casos de pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) secundario a neumonía viral por COVID-19 durante los meses de marzo a mayo del 2020. Para el diagnóstico de SDRA se han empleado los criterios de Berlín 2012, con serología o reacción en cadena de la polimerasa positivas para infección aguda por SARS-CoV-2. Se han recogido datos de las historias clínicas de los pacientes ingresados y variables clínicas al ingreso y durante la evolución en UCI. Se ha realizado un análisis descriptivo y estadístico para relacionarlos con la mortalidad mediante análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

**Resultados:** Ingresaron 67 pacientes de los cuales 51 (76%) fueron hombres y 16 (24%) fueron mujeres, con una media de edad de 61,7 ± 10 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (HTA) (32,8%), obesidad (31,3%) y diabetes (28,4%). Las escalas de mortalidad al ingreso mostraron una media de APACHE de 11,5 ± 3,7 y SOFA 3 (RIC 2-4). La media de días de ingreso fue 22 ± 15,2 días. La terapia ventilatoria al ingreso más frecuente fue la intubación y conexión a ventilación mecánica (VM) (55%), solo en 4 pacientes (6%) se inició oxigenoterapia de alto flujo y no fracasaron. Desarrollaron fracaso renal agudo 25 pacientes (37,3%), de los cuales 7 (28%) precisaron terapias continuas de reemplazo renal. Fallecieron 32 pacientes (48%), con tendencia ascendente a medida que aumentaba la edad. Entre las causas de exitus el 43,3% (13 pacientes) se debió a hipoxemia refractaria y el 40% (12 pacientes) a fracaso multiorgánico. Se asocian la HTA, el APACHE, el IMC, la terapia inicial con VM y el fracaso renal con la mortalidad.

**Conclusiones:** Segovia ha sido una provincia dentro del territorio español con alta incidencia de la infección por coronavirus. Los factores que se han relacionado con la mortalidad han sido la edad, la HTA, la obesidad, las escalas de mortalidad, el fracaso renal y la modalidad ventilatoria precisada.

## Pósteres orales

### Sedación/Analgesia

#### 073. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PRÁCTICAS EN ANALGOSEDACIÓN Y DELIRIUM EN UNA UCI POLIVALENTE

Codina Calero J, Rubio Ruiz J, Jiménez Jiménez G, Morales Hernández DA, Pujol Freire A, Trujillano Cabello J y Caballero López J

*Hospital Arnau de Vilanova de Lleida en Lleida.*

**Objetivos:** Analizar las prácticas en analgo-sedación y delirium (monitorización y uso de medidas farmacológicas) y compararla con la Encuesta Nacional publicada en mayo de 2019.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo que analiza las prácticas en analgo-sedación y delirium el día 15 de cada mes del 2019. Se recogen datos demográficos y clínicos como motivo de ingreso, APACHE-II, analgo-sedación, monitorización del nivel de analgesia, sedación y delirium, ventilación mecánica y vía aérea artificial. Los resultados se han comparado con los de la Encuesta Nacional publicada en Medicina Intensiva en el Vol. 43 Núm. 4 de mayo de 2019.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 166 pacientes. La edad fue de 61,7 ± 15 años, y el APACHE-II al ingreso 17,9 ± 8. El motivo de ingreso más frecuente fue médico 48,8%, seguido de quirúrgico 26,5% y traumático 24,7%. Del total de pacientes, 46 (27,7%) requirieron analgesia en infusión continua y 42 (25,3%) sedación. 56 (33,7%) requirieron VMI y 30 (18,4%) traqueostomía. El uso de sedantes fue de 15,1% propofol, 6,6% midazolam y 11,4% dexmedetomidina, y entre los analgésicos 1,8% morfina, 14,5% fentanilo y 14,5% remifentanilo. En un 18,7% se utilizó la combinación de otras técnicas analgésicas (paracetamol, AINE, anestesia locorregional). En el grupo de pacientes que requirieron VMI, el uso de sedantes fue de 39,3% propofol, 16,1% midazolam y 23,2% dexmedetomidina, y entre los analgésicos 1,8% morfina, 37,5% fentanilo y 42,9% remifentanilo. En cuanto a la monitorización, en un 92,9% de los pacientes se usó la escala de RASS para valorar la sedación, y en un 58,7% la EVN o el ESCID para valorar el nivel de analgesia. La distribución de los niveles de sedación fue: RASS -4/-5 16,2%, RASS -3 -2 21,4%, RASS -2/-1 26,6%, RASS 0 14,3%, RASS +1 7,1% y RASS ≥ +2 7,2%. En un 47,8% de los pacientes se logró el objetivo de ESCID ≤ 3. Con relación al delirium, el uso de la escala CAM-ICU para su detección se utilizó en un 69,3% de los pacientes, con una prevalencia de delirium del 12,6%.

**Conclusiones:** Comparativamente con la Encuesta Nacional publicada en mayo, las características clínicas de nuestros pacientes y la necesidad de analgo-sedación fue similar. Sin embargo, destaca la menor utilización de benzodiazepinas en nuestra unidad respecto a otras, junto a la mayor monitorización del nivel de sedación y de la presencia de delirium.

#### 078. ALTERACIONES COGNITIVAS EN PACIENTES CON DELIRIUM DETECTADAS EN CONSULTA POST-UCI

Hurtado Oliver B, Relucio Martínez MA, Giménez-Esparza Vich C, Portillo Requena C, Pérez Gómez IM, Simón Simón JD, Andrade Rodado FM, Sotos Solano FJ, Espinosa Aguilar V y Laghzouli F

*Hospital Vega Baja en Orihuela.*

**Objetivos:** Describir las características de pacientes diagnosticados de delirium durante su ingreso en UCI de Hospital Vega Baja, que presentan alteraciones cognitivas de nueva aparición detectadas en consulta post UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen a todos aquellos pacientes a los que se detectó delirium durante su ingreso en UCI en el periodo comprendido entre enero 2018 y noviembre 2019. Se revisaron en consulta post UCI de HVB y se valoró el estado cognitivo a través del test MOCA. Se analizan variables relacionadas con el paciente: edad y sexo, con su ingreso: días de ingreso, APACHE II, presencia de sepsis, PCR, SDRA y trauma, necesidad de sedación profunda y ventilación mecánica (VM), y relacionados con el delirium: tipo, duración y fármacos utilizados. A través del programa estadístico SPSS, se han analizado dichas las variables. Las categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes, y las continuas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, dependiendo de la normalidad de su distribución, comprobada mediante test Shapiro-Wilk.

**Resultados:** De los 46 pacientes valorados en consulta, 28 presentaron alteraciones cognitivas siendo leves un 34,8% (16), moderadas 24% (11) y leve 2,2% (1). De estos, 21 (75%) fueron hombres y 7 (25%) mujeres con una edad de 80,5 [76-86,7] años. El motivo de ingreso más frecuente fue el cardiovascular en 35,7% (10) seguido del infeccioso 28,6% (8), haciéndolo de manera urgente mayoritariamente 82% (23) con un APACHE II de 16.618.36. Permanecieron ingresados en UCI una mediana de 4 [3-5,75] días. Un 34,3% (11) estuvieron sépticos, un 14% (14,3%) precisó VM > 48h, presentando un 11% SDRA. Respecto al delirium, en el 78,6% (22) fue hiperactivo, en 7% (2) hipoactivo y un 14,5% (4) presentó ambos tipos. De estos, 10,7% se debió a privación por alcohol o dro-

gas. La duración del mismo fue de 1 [1-2] día. El fármaco más usado fue la dexmedetomidina en un 86% vs. un 100% en pacientes sin deterioro, seguido de los neurolepticos en 71,4%, propofol 28,6% y benzodiacepinas en 18%.

**Conclusiones:** En más de la mitad de pacientes con delirium se detectaron alteraciones cognitivas, fundamentalmente leves, siendo hombres > 75 años ingresados de forma urgente por causa cardíaca con un APACHE II medio. Se trató de delirium del paciente crítico hiperactivo y se controló principalmente con dexmedetomidina.

### 503. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO AMBIENTAL EN PACIENTES NO INTUBADOS DE UNA UCI POLIVALENTE. DATOS PRELIMINARES

García Sánchez M, Ibáñez Cuadros S, Fernández Galilea A, López López A y Garnacho Montero J

*Hospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla.*

**Objetivos:** Estudio de la calidad del sueño con la aplicación de medidas de aislamiento ambiental en pacientes no intubados de UCI.

**Métodos:** Se hace análisis del sueño con la encuesta de Richards-Campbell, y como la aplicación de medidas de aislamiento ambiental pueden modificarlo. Las medidas son: antifaz, tapones auriculares y disminución de interrupciones nocturnas. La encuesta fue realizada tras 48h de estancia en UCI. El estudio consta de dos fases, la primera de evaluación del sueño y la segunda donde se aplican las medidas de aislamiento. Los resultados se expresan como mediana  $\pm$  desviación estándar y porcentajes. Periodo de estudio: marzo 2018-noviembre 2019.

**Resultados:** Número total de pacientes incluidos: 40, mitad varones y mitad mujeres. Edad de 51,5  $\pm$  14,5. APACHE II al ingreso en UCI: 13  $\pm$  5,5. Como antecedentes destacan: tabaquismo activo 27%, bebedor activo 10%, toma de hipnóticos nocturnos 22% y alteraciones previas del sueño 47%. El 37% ingresaron por insuficiencia respiratoria y el 52% fueron pacientes quirúrgicos. Nº de días de la primera parte del estudio 2  $\pm$  1,2 y de la segunda parte 4  $\pm$  2,9. En cuanto a los factores ambientales que afectan al sueño: al 28,9% les molesta la luz en la 1ª parte, y al 14,3% en la 2ª; al 55,3% les molesta el ruido en la 1ª parte, y al 35,7% en la 2ª; al 68,4% les molesta el dolor en la 1ª parte, y al 35,7% en la 2ª; y al 62% les molesta la toma de constantes nocturnas en la 1ª parte y al 35% en la 2ª. En la segunda parte del estudio, cuando se ofrecieron las medidas de aislamiento, el 83,9% no aceptaron antifaz, el 86,7% no aceptaron tapones. Al 58% de los pacientes se disminuyó las interrupciones nocturnas durante 3 noches o más. En relación con la encuesta de Richards-Campbell a la pregunta de valoración global sobre la calidad del sueño (valores entre 0-10) fue de 4  $\pm$  2,1 en la 1ª parte y de 6  $\pm$  2 en la 2ª. El 38,5% de los pacientes necesitaron de inductores del sueño al menos una noche en la 1ª parte, y el 73,3% en la 2ª parte. Se relacionan con t-Student los cambios entre 1ª y 2ª parte del estudio, solo existen diferencias significativas en la mejoría del dolor y en la encuesta de Richards-Campbell.

**Conclusiones:** 1. En general, la calidad del sueño de pacientes no intubados de UCI es mala, con gran influencia de factores ambientales, sin embargo, la aceptación de medidas de aislamiento ambiental es baja. 2. Hay una alta demanda de inductores del sueño en UCI que además aumenta con la estancia, que puede influir en la mejoría de la calidad del sueño con el tiempo.

### 504. EVALUACIÓN DEL DOLOR ANTE UN ESTÍMULO HABITUAL EN LA UCI, EL ASPIRADO TRAQUEAL, COMPARANDO LA ESCID Y LA PUPILOMETRÍA

Vallejo de la Cueva A<sup>(a)</sup>, López de Audicana Jiménez de Aberasturi Y<sup>(b)</sup>, Parraza Diez N<sup>(c)</sup>, Muniozuren Puertas A<sup>(a)</sup>, Rodríguez Trujillo I<sup>(a)</sup>, Margüello Fernández AA<sup>(a)</sup>, García Domelo P<sup>(a)</sup>, Rodríguez Borrajo MJ<sup>(a)</sup>, Rodríguez Nuñez C<sup>(a)</sup> y Bengoetxea Ibarrodo M<sup>(d)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital Universitario de Álava en Vitoria-Gasteiz. <sup>(b)</sup>Escuela Universitaria de Enfermería en Vitoria-Gasteiz. <sup>(c)</sup>Unidad de Investigación BIOARABA en Vitoria-Gasteiz. <sup>(d)</sup>Hospital Universitario de Cruces en Bilbao.

**Objetivos:** Describir y comparar el reflejo de dilatación pupilar (PDR) ante estímulo no doloroso (ND-roce de gasa), estímulos nociceptivos eléctricos (10-20-30-40 mA) y aspirado de secreciones (AS), con respecto a la ESCID (ESCID mayor o igual a 1 = dolor), en pacientes analgose-

dados en pc, sometidos a ventilación mecánica, sin posibilidad de comunicación verbal o escrita.

**Métodos:** Estudio de pruebas diagnósticas, del 1/6/17 al 31/06/18 en UCI de 35 camas. PDR (% de dilatación respecto a basal). Pupilometro AlgiScan®. Aprobado por CEIC Euskadi. Inclusión: > 18, ESCID basal de 0, y RASS -1 y -4 y consentimiento informado. Exclusión: Miorrelajantes, enfermedades neuromusculares/pupulares, polineuropatía, ECG < 6, clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, amlodipino, noradrenalina > 0,6 y/o dobutamina > 10  $\mu$ g/kg/min. Descripción: Continuas: media  $\pm$  DE o mediana e IQR. Categóricas: N/%. Comparación: Mann Whitney.  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 31 pacientes, 183 mediciones. % hombre 61,3. % ingreso: SDRA 8; poscirugía 32,2; sepsis 29; trauma 12,9. Edad 62,3  $\pm$  17,1. APACHE 21  $\pm$  8,3. % sedantes: midazolam 51,8, propofol 28,1. % analgésicos: ClM 12,5; fentanilo 62,5, remifentanilo 25. mg/kg/h: midazolam 0,08  $\pm$  0,06; propofol 1,63  $\pm$  0,97; ClM 0,92  $\pm$  0,5.  $\mu$ g/kg/min: fentanilo 1,1  $\pm$  0,75; remifentanilo 8,3  $\pm$  4,2. Medianas PDR ND 2,0 (1,0-5,0); 10 3,0 (0,0-7,0); 20 6,0 (4,0-12,0); 30 9,0 (4,0-18,0); 40 16,0 (8,2-21,7), AS 34,0 (25,0-51,0). Medianas ESCID ND 0 (0-0); 10 0 (0-0); 20 0 (0-0); 30 0 (0-0); 40 0,5 (0-2); AS 3 (1-4). ESCID < 1 vs. ESCID  $\geq$  1: total mediciones (T); N 133 vs. 50. PDR mediana ESCID < 1 vs. ESCID  $\geq$  1: T 5 (2-11) vs. 25 (17-48) ( $p < 0,001$ ). ND 2 (1-5) vs. -; 10 3 (0-6) vs. 14 (14-14) ( $p 0,11$ ); 20 6 (3,5-11,5) vs. 14,5 (12-- ) ( $p 0,09$ ); 30 7,5 (3,8-11) vs. 18 (6-40) ( $p 0,07$ ); 40 15 (8-18) vs. 19 (10-39) ( $p 0,27$ ). AS 33 (22-53) vs. 38 (25-51) ( $p 0,52$ ). ESCID 1-3 vs. 4-6 vs. > 6; ND - vs. - vs. -; 10 14,0 vs. - vs. -; 20 14,5 (12,5-) vs. - vs. -; 30 19,5 (4,7-45,2) vs. - vs. 12 (-); 40 16,5 (7,5-21,7) vs. 100 vs. 55; AS 33 (18-47) vs. 45 (25-74) vs. 40,5 (31,2-42,7).

**Conclusiones:** El PDR aumentó a medida que se incrementó la intensidad del estímulo. La PDR fue mayor en el grupo en el que ESCID exhibió dolor. El AS fue el estímulo que mayor PDR y puntuación ESCID alcanzó.

### 505. EL RUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, UN PROBLEMA CRÓNICO Y DE DIFÍCIL SOLUCIÓN

Sáenz Andapia PM, Salcedo Lambea I, Polanco Durán C, Yanguas Quesada R, Villodres Vidal V, Garro Martínez P J, Nogueira Farres MM, García Amarilla MJ y Xirgu Cortacans J. Grupo de investigación: Grupo de Gestión de Ruido UCI Hospital de Granollers

*Hospital General de Granollers en Granollers.*

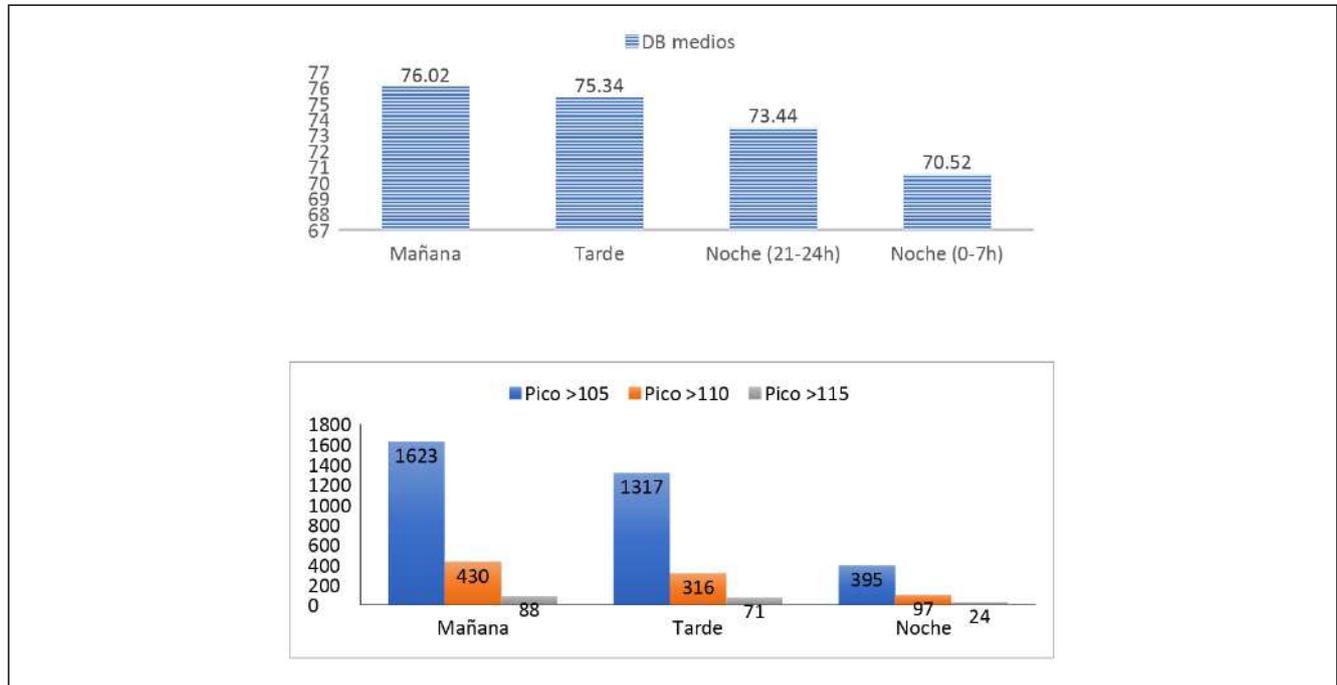
**Objetivos:** General: medir los valores reales del ruido ambiental en la UCI del H.G.G. Específicos: evaluar la difusión del ruido en diferentes localizaciones de la Unidad de Cuidados Intensivos; medir los valores de ruido nocturno en las horas de máximo descanso para los pacientes.

**Métodos:** Utilizando el sonómetro Sound-Ear® se registraron los decibelios (dB) durante 24 horas en periodos de 1 semana. Se colocó el sonómetro en 5 puntos de medición que abarcaban todas las zonas de trabajo de la UCI. Se registraron los decibelios medios con los que se trabaja durante el día, la tarde y la noche; así como los picos de ruido extremo a los que estamos sometidos en estas franjas horarias. También medimos decibelios dentro de dos boxes con pacientes ingresados en diferentes situaciones. Consideramos el horario de descanso máximo de los pacientes relacionado con la actividad de la unidad entre la 1 y las 6 de la mañana.

**Resultados:** Se obtuvieron mediciones medias de > 75 dB diurnos y > 70 dB nocturnos. Se registraron todos picos de ruido extremo durante la Jornada que se distribuyen de la siguiente manera: Media de 549 picos de ruido extremo > 105 dB cada día. Media de 73 picos de ruido extremo > 105 dB cada noche. Registro dentro de los boxes: Registro durante 20 noches, entre la 1 y las 6 a.m. Paciente inestable con VMI que requirió decúbito prono. Se registró que el 26% de estas horas están por debajo de 60 dB. Registro durante 12 noches, entre la 1 y las 6 a.m. Paciente con VMI y monitorización convencional. Se registró que el 23% de estas horas están por debajo de 60 dB.

**Conclusiones:** La realidad nos dice que estamos muy alejados de las recomendaciones propuestas por la OMS. El ruido y sus efectos nocivos se extienden por la unidad y llega al paciente, afectando a todo el personal y a los pacientes. La horas de descanso libres de ruido efectivas para el paciente son muy pocas, ya que no conseguimos controlarlo ni de madrugada. El ruido es un problema muy importante, que afecta tanto pacientes como al personal, de difícil resolución, pero en el que hay un margen de mejora muy importante.

Figura Póster 505



### 506. FRECUENCIA DE SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES Y SUS CUIDADORES

Tejero Aranguren J, Carranza Pinel A, Cruz Valero IM, Colmenero M y González Garrido J

Hospital Universitario San Cecilio en Granada.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de aparición del síndrome poscuidados intensivos (SPCI) en pacientes y su cuidador principal atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a los 3 meses del alta.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional en una UCI polivalente de 14 camas durante 12 meses. Los criterios de inclusión fueron el ingreso > 7 días y al menos uno de los siguientes: ventilación mecánica (invasiva o no invasiva) > 3 días, sepsis o shock. Se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo o dependencia grave previo al ingreso. Las variables analizadas (físicas, cognitivas y psicoemocionales) se valoraron mediante escalas validadas y exploración física en la consulta de seguimiento. La presencia de sobrecarga del cuidador principal se valoró mediante dos escalas validadas. La prevalencia se midió como el porcentaje de casos de pacientes con SPCI objetivado en la consulta de pacientes del total de pacientes dados de alta con criterios de riesgo.

**Resultados:** De los 52 pacientes que presentaron factores de riesgo para desarrollo de SPCI, 36 fueron dados de alta de la unidad. De los 25 pacientes que acudieron a la consulta de seguimiento a los 3 meses, 18 presentaban SPCI. La dimensión fundamentalmente afectada fue la física 55,5%, seguida de psicoemocional 27,7% y cognitiva 16,6%. En todos los casos de pacientes con SPCI, el familiar principal presentaba sobrecarga del cuidador.

**Conclusiones:** La frecuencia del SPCI a los tres meses del alta de UCI es al menos de un 50% en pacientes con factores de riesgo. En todos los casos que lo presenta el paciente, su cuidador principal se ve afectado por sobrecarga. La alta frecuencia de este síndrome exigiría adoptar medidas para su abordaje preventivo y de seguimiento, así como terapéutico, tanto para los pacientes como para sus cuidadores principales.

### 507. ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO EN UNA UCI DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

García Gómez I, Martínez López P, de la Torre Muñoz A y Fernández Villalba A

Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.

**Objetivos:** Analizar el impacto de la implantación de un protocolo de sedación en nuestra UCI

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en UCI con necesidad de ventilación mecánica invasiva. Se comparó pacientes consecutivos ingresados en UCI con VMI durante el primer semestre del año 2013 en el que no disponíamos de protocolo de sedación, y pacientes consecutivos ingresados en el mismo periodo (primer semestre) durante el año 2019 con el protocolo ya implantado. Se estudiaron variables demográficas, de gravedad (APACHE II), días de ventilación mecánica, días de ingreso en UCI, necesidad de traqueostomía, y resultado (exitus en UCI y en planta). Para comparar variables categóricas se utilizó la chi cuadrado y Fisher, y para las cuantitativas la t de Student.

**Resultados:** En el primer semestre del 2013 ingresaron 600 pacientes, de los cuales 169 necesitaron VMI (28,1%). En el mismo periodo del año 2019 ingresaron 720 pacientes, de los que 163 (22,6%) tuvieron VMI. Cuando comparamos dichos grupos observamos que los grupos son similares en cuanto a edad media ( $64 \pm 12$  vs.  $61 \pm 14$ ), y gravedad por APACHE II ( $18 \pm 8,2$  vs.  $17 \pm 4,4$ ). Sin embargo se establecen diferencias estadísticamente significativas en lo referente a los días de ventilación mecánica ( $7 \pm 8,2$  vs.  $4,2 \pm 9,7$ ;  $p < 0,05$ ), y en mortalidad total ( $47,3\%$  vs.  $36\%$ ;  $p < 0,05$ ). La mortalidad en planta es superior en el periodo en el que no seguimos protocolo de sedación ( $21,9\%$  vs.  $4,9\%$ ;  $p < 0,05$ ).

	Antes (n = 169)	Después (n = 163)	p
Edad	64 ± 12	61 ± 14	0,392
Mujeres	57 (33,7%)	57(35%)	0,811
APACHE II	18 ± 8,2	17 ± 4,4	0,181
Vasoactivos	105(62%)	116 (71,2%)	0,05
Insuficiencia renal	37 (22%)	13 (8%)	< 0,051
Traqueostomía	15 (8,9%)	13 (8%)	0,462
Días VM	7 ± 8,2	4,2 ± 9,7	< 0,05
Estancia UCI	6,3 ± 7,6	7,8 ± 12	0,176
LTSV	24 (14,1%)	18 (11%)	0,412
Exitus UCI	43 (24,4%)	52 (31,9%)	0,225
Exitus planta	37 (21,9%)	7(4,9%)	< 0,05
Exitus Total	80 (47,3%)	59 (36%)	0,045

**Conclusiones:** La implementación de un protocolo de sedación en nuestra UCI ha disminuido los días de ventilación mecánica, y la mortalidad en planta. Es probable que el aumento de la mortalidad en planta se deba a que los pacientes se trasladaran con mayor debilidad muscular y más fragilidad.

## 508. SEDACIÓN PROFUNDA EN ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS EN UCI. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Godoy Boraita S, Pereira Gama MS, Mancha Salcedo R, Pérez Caballero FL y Benitez Morillo MF

*Hospital de Mérida en Mérida.*

**Objetivos:** Determinar las características de los pacientes ingresados de forma programada en una Unidad de Cuidados Intensivos para la realización de estudio endoscópico bajo sedación profunda.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en el Hospital de Mérida entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019. Fueron sedados 64 pacientes mayores de 18 años para aplicarles uno o dos procesos endoscópicos. Los criterios de inclusión han sido pacientes con elevadas comorbilidades y mala tolerancia al procedimiento. Los sujetos de observación fueron los pacientes sedados. Análisis estadístico realizado a través del programa SPSS Statistics v.19. Para la descripción de variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar. Para las variables binarias se utilizó la proporción.

**Resultados:** Se realizaron 64 exploraciones (32 colonoscopias, 24 gastroscopias y 8 dobles estudios). Edad: 59,34 ( $\pm$  18,14), 43,75% mujeres, 56,25% hombres. Escala ASA: ASA II 34%; ASA III 44%; ASA IV 22%. Comorbilidades: HTA 50%; DM 78%; FA 25%; C. isquémica 62%. Portador de marcapasos/DAI 10%. AP respiratorios 38%. Constantes: TAS 121 ( $\pm$  25,4); TAD 66 ( $\pm$  10,9); FC 72 ( $\pm$  10,3); SatO2 96 ( $\pm$  3). Complicaciones mayores: un caso de PCR (1,5%). Complicaciones menores: desaturación 6%, hipotensión 2,4%, bradicardia 1,7%. Fármacos utilizados: combinación de 2 fármacos en gastroscopias 37% (más frecuente propo + fenta), colonoscopias 78% (más frecuente mida + fenta). Combinación de 3 fármacos en gastroscopias 63% (más frecuente propo + mida + fenta), colonoscopias 22% (más frecuente propo + mida + fenta).

**Conclusiones:** Los procesos endoscópicos bajo sedación profunda controlada por médicos intensivistas son bien tolerados, satisfactorios para el paciente y con un excelente porcentaje de pruebas completadas. La sedación en procedimientos endoscópicos es un importante indicador de calidad a nivel europeo. En contra de lo publicado en la literatura todos los pacientes incluidos en el estudio presentaban un riesgo anestésico moderado-alto. Dados los resultados obtenidos, se debería implementar la asistencia de la sedación en procedimientos endoscópicos por médicos intensivistas.

## 509. ANÁLISIS DEL DOLOR EN UCI

Mata Martínez C, Sotillo C, Cedeño Mora J, Garrido Cayen A, Bermejo López E, Moreno Rivero B, Casanova Prieto S, Diez Saenz C y Herrera Alonso C

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón en Madrid.*

**Objetivos:** Describir la prevalencia de detección del grado de dolor y de las prescripciones analgésicas en los pacientes ingresados en una UCI de un hospital terciario.

**Métodos:** Corte de prevalencia semanal durante 1 mes en 2 años consecutivos, según tipo de ingreso, fase de tratamiento, pauta analgésica y grado de dolor (EVA o RASS y ESCID según procediese), así como medidas no farmacológicas.

**Resultados:** Sobre un total de 184 cuestionarios, con 56,5% varones, la insuficiencia respiratoria (45,7%), seguida del deterioro neurológico (32,6%) y el shock (17,4%) fueron los principales motivos de ingreso. El 58,7% de los pacientes estaban conscientes y colaboradores. De todos ellos, un 69% requería VM (VMI 54,9% y VMNI 14,1%) y el 20,7% tenían traqueostomía. El 52,7% de los pacientes se encontraban en fase de tratamiento activo, el 29,9% en fase de estabilización y el 17,4% en fase de secuelas. El 99,5% de los pacientes tenía pauta analgésica establecida: un 29,3% pauta fija sin rescates, un 13,6% únicamente rescates según dolor y un 56,5% pauta fija y rescates. Un 66,8% tenía hasta 2 analgésicos y el resto más de 3. En el 75,5% de los pacientes no se usó protocolo de prescripción analgésica. En cuanto al registro del dolor, en todos se registró al menos una vez al día. En un 1,6% solo se registró una vez al día, en un 20,7% 2 veces al día; en un 54,3% 3 veces al día, y en un 13,4% 4 o más. Había referencia explícita en un 79,3% de los comentarios de enfermería en el turno de mañana, en un 78,3% durante la tarde y en un 72,3% durante la noche, así como en un 80% de los comentarios médicos registrados. Según el grado de dolor, un 44% de los pacientes no tuvieron dolor, un 36% tuvo dolor leve (EVA 1-3), un 13,5% tuvo dolor moderado (EVA 4-6) y un 6,5% tuvo episodios de dolor grave (EVA > 7). Sobre el 20% de episodios de dolor

moderado o grave (EVA > 4), se actuó y se controló; en el 97% de ellos. En cuanto a las medidas no farmacológicas, se detectó entorno tranquilo en un 86% de los registros, con luz adecuada en el 97,8%, con sonoridad adecuada en el 77,2% y con temperatura agradable en el 90,2%. En el 100% de los pacientes se realizaron cambios posturales. Se movilizó al sillón al 81% de los pacientes en los que sí procedía, y recibieron fisioterapia solo el 25% de los que la requerían. En comparación entre los 2 años, se objetivan diferencias únicamente en el mayor registro y referencia al dolor por parte de enfermería (68% frente al 85% p 0,03). En el análisis multivariante, solo encontramos relacionados con los episodios de dolor moderado o grave el tipo de pauta de prescripción analgésica (fija más rescates frente al resto).

**Conclusiones:** Consideramos suficientemente implantada la cultura del dolor en nuestra unidad; no exenta de minimizar los episodios de dolor moderado o grave y de mejorar el tratamiento fisioterápico de nuestros pacientes.

## 510. APLICACIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: RESULTADOS A LOS SEIS AÑOS

Leal Sanz P, Morán Gallego F, Benito Ruiz A, Sánchez Casado M, Sánchez Rodríguez P y Sánchez Carretero MJ

*Complejo Hospitalario en Toledo.*

**Objetivos:** Evaluar la aplicación de terapia electroconvulsiva durante seis años en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Estudio prospectivo longitudinal durante seis años (diciembre 2013-diciembre 2019). 1) Elaboración conjunta con el S. de Psiquiatría de un protocolo de aplicación de terapia electroconvulsiva (TEC) por el personal de UCI a pacientes con patología psiquiátrica grave. 2) Formación a los intensivistas en el conocimiento de las técnicas de neuroestimulación incidiendo en los cambios neurohemodinámicos que se desarrollan en la TEC y que dirigen la eficiencia del proceso. 3) Evaluación de resultados.

**Resultados:** Nº total de procedimientos: 949 (9: 2013; 155: 2014; 226: 2015; 165: 2016; 122: 2017; 106: 2018; 166: 2019). Nº de pacientes: 68 (45/M; 23/V). Edad media: 58 (19-85). Programación: DGX: 941/low-0,5: Rangos homogéneos de impedancia estática/paciente (media: 870). Intensidad del estímulo: media: 51% (rango 95, moda 55), Frecuencia: media: 56 Hz, (rango 72,5, moda 70). Duración: media 2,4 segundos (rango 7,7, moda 2,2). Sin necesidad de IOT o colocación de mascarilla laríngea (Un paciente previamente en VM). Mortalidad periprocedimiento/alta hospitalaria: 0%. Regímenes de sedorrelajación: thiopental/succinilcolina: 928; propofol/rocuronio/sugammadex: 9; etomidato/rocuronio: 6; etomidato/succinilcolina: 3; thiopental/rocuronio/remifentanilo: 3. Analgesia/pacientes: paracetamol: 2/Metamizol: 66. En todos los pacientes se realizó técnica de hiperventilación/hiperoxigenación preprocedimiento. Durante el estudio preliminar, se identificaron entre otros procesos: encefalitis (1) hidrocefalia (1), síndrome serotoninérgico (19) catatonía maligna (1), bradicardia sintomática con implante de marcapasos definitivo en nuestra Unidad (1).

**Conclusiones:** El conocimiento de los intensivistas en la patología neurosiquiátrica grave y su formación en los cambios neurohemodinámicos durante la TEC permite su realización de forma segura en estas Unidades. La técnica de sedorrelajación dirigida en lugar de la convencional garantiza mayor eficiencia del proceso y disminuye los efectos adversos, evitando en nuestros resultados necesidad de disponer de una vía aérea artificial previa. Un análisis preprocedimiento individualizado por el intensivista permite colaborar en el despistaje de procesos sistémicos con clínica psiquiátrica.

## 511. ANÁLISIS DEBILIDAD SECUNDARIA A INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS EN PACIENTES CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

García Gómez IG, de la Torre Muñoz A M, Martínez López P, Ruiz del Fresno L C, Cordon Álvarez S, Nuevo Ortega P y Esteche Foncea MA

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.*

**Objetivos:** Analizar factores de riesgo para adquisición de debilidad así como impacto de la misma en pacientes ingresados en UCI.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes conectados a ventilación mecánica que adquieren debilidad durante su estancia,

definiendo debilidad como la aparición de polineuropatía o tetraparesia en el paciente crítico que precisa de rehabilitación respiratoria y/o motora. Son criterios de exclusión la presencia de focalidad neurológica consecuencia de la patología culpable de ingreso, exitus en las primeras 24 horas y paciente trasladado desde otra UCI con VM prolongada. Durante un periodo de 6 meses (01/01 a 30/06 de 2019) analizamos las diferentes variables demográficas y clínicas como posibles factores de riesgo para el desarrollo de debilidad; por otro lado, también examinamos la repercusión de la misma. En las variables categóricas calculamos frecuencias relativas por categorías, test de chi cuadrado o de Fisher; en las continuas medias, desviación estándar y t de Student; o medianas, rango intercuartílico y U de Mann-Whitney. Exploramos los factores de confusión principales.

**Resultados:** Incluimos 134 pacientes consecutivos. La edad media fue 61 años (DT  $\pm$  14), hombres 64%. Desarrollaron debilidad 25% del total, con diferencias significativas respecto a los que no la desarrollaron en: edad 66 años vs. 60, HTA (37% vs. 9%), motivo de ingreso médico (27% médico vs. 13% quirúrgico vs. 0% politraumatizado), mayor gravedad al ingreso (APACHE-II: 19 vs. 16), y evolución más tórpida, con infecciones nosocomiales (38% vs. 17%), y shock (31% vs. 5%). El uso de midazolam durante > 2 días se asoció debilidad (53% vs. 20%). En otros factores relacionados frecuentemente con el desarrollo de debilidad, como el uso de corticoides y los bloqueantes neuromusculares observamos una tendencia que no llegó a alcanzar significación estadística. En consecuencia los pacientes que desarrollaron debilidad estuvieron más días en ventilación mecánica (6 vs. 2), y estancia en UCI (14 vs. 4), se reintubaron y trasqueostomizaron más frecuentemente (55% vs. 21%, y 100% vs. 19%, respectivamente), se hizo más limitación del soporte vital (41% vs. 21%), y tuvieron una mortalidad intra-UCI mayor (42% vs. 17%).

**Conclusiones:** Viendo que tienen mayor peso los factores relacionados con el propio ingreso que con el paciente en la aparición de debilidad y conociendo las consecuencias negativas de la misma, deberíamos trabajar para tratar de minimizar en la medida de lo posible tales determinantes así como reconocer y hacer frente a la debilidad de manera más precoz con programas de rehabilitación y movilización precoces en los pacientes críticos. Existen factores que en nuestro estudio, al con-

trario de lo recogido en literatura existente, no muestra significación estadística, probablemente por tratarse de un tamaño muestral reducido.

## 512. ACTIGRAFÍA COMO VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y SU CORRELACIÓN CON DATOS DE ENCUESTA DE RICHARDS-CAMPBELL EN PACIENTES NO INTUBADOS DE UNA UCI POLIVALENTE. DATOS PRELIMINARES

García Sánchez M, Aguilar Andújar M, González Contreras FJ, López López A y Garnacho Montero J

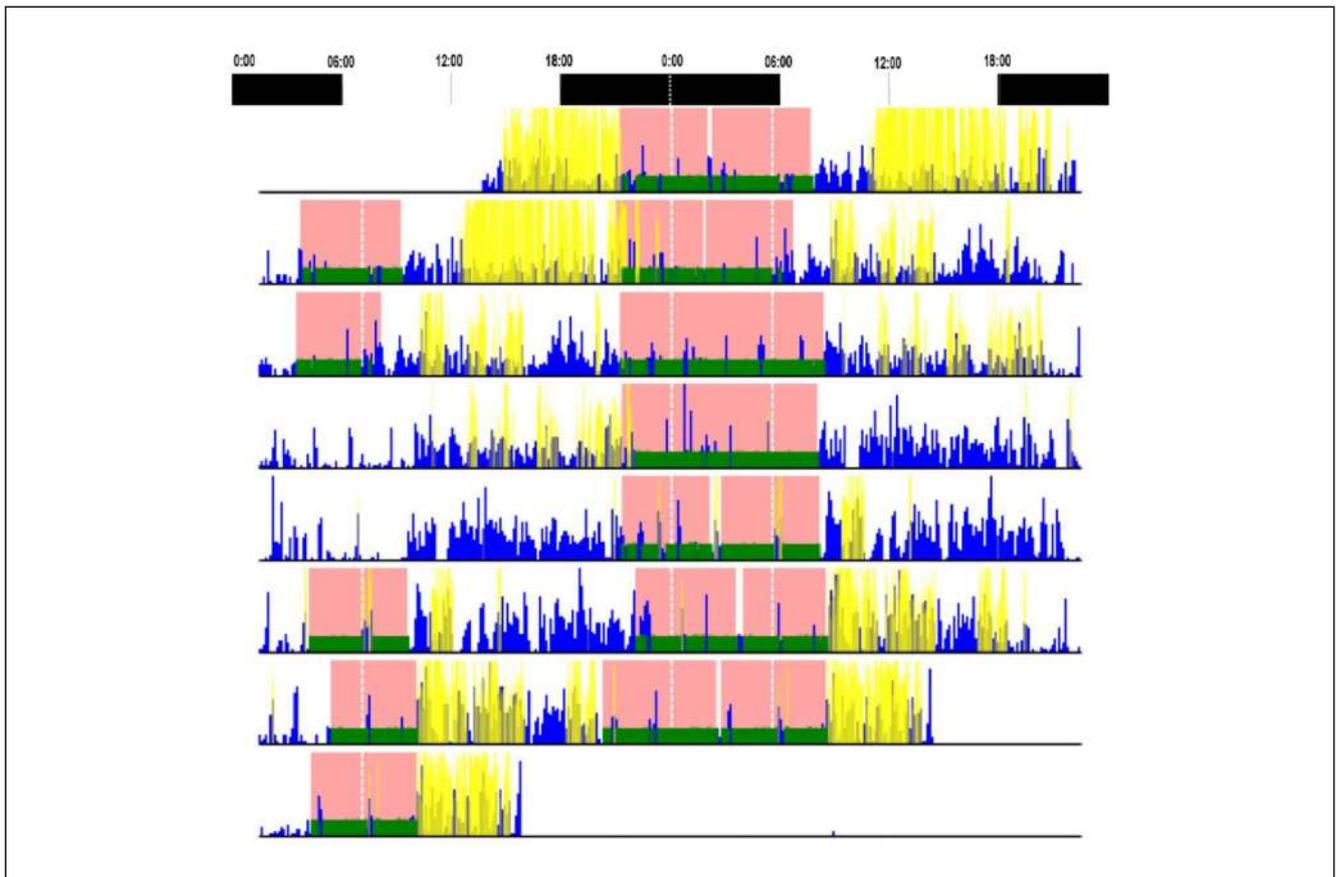
Hospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla.

**Objetivos:** Estudio de la calidad del sueño en pacientes no-intubados de UCI con el uso de actigrafía y su correlación con la valoración del paciente mediante la encuesta de Richards-Campbell.

**Métodos:** Estudio de la calidad del sueño y tasa de actividad con el uso de pulseras de Actigrafía, método no invasivo y de fácil aplicación. Se recogen datos sobre sueño (eficiencia de sueño, despertares, tiempo de sueño) y la correlación que el paciente hace de su sueño mediante la encuesta de Richards-Campbell (puntuación de 0 a 10). Los resultados se expresan como mediana  $\pm$  desviación estándar y porcentajes. Periodo de estudio reportado: marzo 2018-noviembre 2019.

**Resultados:** Existen 40 pacientes incluidos, mitad varones y mitad mujeres. Edad de  $51,5 \pm 14,5$  (mediana  $\pm$  desviación estándar). APACHE II al ingreso en UCI:  $13 \pm 5,5$ . El 37% ingresaron por insuficiencia respiratoria y el 52% pacientes quirúrgicos. Entre los datos recogidos por el actígrafo se encuentran: eficiencia de sueño (tiempo total de sueño en tiempo total de cama), y WASO (despertares tras estar dormido). Igualmente se recoge la intensidad de la luz en el box. En el caso presentado eficiencia global del 73,3% (el 73% del tiempo en cama está dormido) y WASO global del 94,5% (un alto porcentaje de despertares mientras está dormido). En este caso la paciente evaluó mal (con un 3) a estar toda la noche dormida, refirió haber tenido un sueño ligero y que le era difícil conciliar el sueño, puntuación global del sueño de 5.

Figura Póster 512



**Conclusiones:** La actigrafía constituye un método de fácil aplicación para estimar la calidad de sueño y la actividad en determinados pacientes de UCI.

### 513. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL USO DE PSICOFÁRMACOS EN UNA UCI POLIVALENTE

López Pérez L, Villanova M, Díaz D, Andrade G, Bueno B, Gonzalo G y Palencia Herrejón E

Hospital Universitario Infanta Leonor en Madrid.

**Objetivos:** Identificar los diferentes psicofármacos (PF) utilizados en una UCI polivalente de 8 camas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados de forma consecutiva durante más de 24 horas en 2018. Datos recogidos: demográficos, motivo de ingreso, duración de la estancia en UCI, necesidad de VM, CAM-ICU, duración media del tratamiento (DMT) y su principal indicación.

**Resultados:** De 325 pacientes ingresados durante 2018, 179 (55%) recibieron algún PF. Media de edad 65 años (DE 14), con un 54% de hombres. Estancia media en UCI 9,6 días. 80 pts con VM (45%) y CAM-ICU + en 43 (24%). Resultados principales: ver tabla. Indicaciones: DEX: sedación de transición (86%). Clonidina: abstinencia (36%), agitación/delirium (55%). Haloperidol: agitación (83%). Quetiapina: delirium (93%). Otros neurolepticos: abstinencia (58%), agitación/delirium (8%). Benzodiacepinas: Hipnosis (56%), ansiolisis (24%), abstinencia (7%). Antidepresivos: medicación habitual (57%), depresión (26%), hipnosis (17%).

PF (n= 179)	FR (%)	DMT (DE)	VM	CAM-ICU +
DEX	23 (13%), 16 (9%) don. otros PF	3.7 días (3.3)	21 (91%)	13 (56%)
Clonidina	11 (6%)	8.2 días (7.8)	11 (100%)	7 (63%)
Haloperidol	53 (30%)	2.6 días (2.4)	46 (87%)	34 (79%)
Quetiapina	59 (33%)	7 días (8.6)	50 (85%)	37 (63%)
Otros neurolepticos	27 (15%) Tiapiridol 18 (10%) Olanzapina 5 (3%), Otros 4 (2.5%)	2.7 días (1.3)	15 (56%)	9 (33%)
BZPs	116 (65%) Lorazepam 64 (38%) Clonazepam 21 (12%), Bromazepam 16 (9%), Diazepam 6 (3.5%), Otros 9 (4.3%)	2 días (1.8)	59 (51%)	22 (19%)
Antidepresivos	35 (20%) Mirtazapina 17 (8.5%), Citalopram 5 (3%), Sertralina 5 (3%), Otros 8 (4%)	7.5 días (0.7)	23 (66%)	14 (40%)

**Conclusiones:** Los PF se utilizan con frecuencia en los pacientes de nuestra UCI (55%). DEX se usó sobre todo como sedación de transición. Quetiapina se empleó para tratar el delirium y el haloperidol la agitación. BZP y antidepresivos se usaron ampliamente, sobre todo como hipnóticos y como medicación habitual. Son necesarios más estudios sobre el uso de psicofármacos en la UCI.

### 514. OPINIÓN SOBRE EL DELIRIO EN LOS PROFESIONALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pérez Martín I, Azcune O, Rodríguez Borregán JC, Burón Mediavilla FJ, Fernández Ferreira A y Priego J

Clinica Mompia en Bezana. Complejo hospitalario Ourense en Ourense. Hospital Alvaro Cunqueiro en Vigo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

**Objetivos:** Conocer la opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre el manejo de la sedación en el paciente crítico.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se elaboró una encuesta que se distribuyó entre los médicos y las enfermeras de una UCI de un hospital de segundo nivel. Cuestionario realizado con preguntas de carácter sociodemográfico, laboral y de carácter teórico sobre el delirio.

**Resultados:** Se registraron en total 10 encuestas válidas de una muestra de 13 profesionales. El 90% de los encuestados se encuentran en el rango de edad 31-45 años, con una experiencia laboral menor de 5 años (60%). El 70% reconoce evaluar ocasionalmente el delirio, un 20% nunca y un 10% frecuentemente. La escala más conocida por la mayoría es la CAM-ICU, solo un 10% reconocía conocer la escala PREDELIRIC. La percepción del 50% de los profesionales es que el delirio se encuentra infradiagnosticado. El 70% está a favor de prevenir su aparición con el fomento de medidas no farmacológicas y un buen control de la analgesia. Para su tratamiento el 100% utiliza haloperidol de primera elección,

posteriormente quetiapina, dexmedetomidina y benzodiacepinas. El 70% reconoce que los pacientes se encuentran sobresedados frecuentemente. El 20% de los encuestados se muestra a favor de la movilización precoz siempre, un 30% a veces y el resto ocasionalmente. Las horas de visitas familiares en nuestra UCI fue menor de 6h al día. Actualmente no disponemos de protocolo de manejo de esta patología.

**Conclusiones:** El delirio en las unidades de cuidados intensivos es una patología cada vez más frecuente y en muchas ocasiones infradiagnosticada. Es necesaria la concienciación de nuestros profesionales en las medidas preventivas, sobre todo las no farmacológicas, y en el uso de escalas que permitan un diagnóstico precoz.

### 515. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIO EN UNA UCI

Pérez Martín I, Azcune O, Rodríguez Borregán JC, Burón Mediavilla FJ, Fernández García S, Antuñano Villa V, Fernández Ferreira A y Priego J

Clinica Mompia en Bezana. Complejo hospitalario Ourense en Ourense. Hospital Alvaro Cunqueiro en Vigo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes que desarrollan delirio durante su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en una UCI de un hospital de segundo nivel durante el 2019 seleccionándose aquellos que desarrollaron delirio.

**Resultados:** Se registraron en total 83 pacientes ingresados en el 2019, de los cuales 13 desarrollaron delirio tipo UCI (16%). La edad media y la mediana de los pacientes con delirio fue 71 años [31-88] y la media del APACHE II al ingreso fue de 16,87. Un 77% fueron varones y un 23% mujeres. Todos los pacientes presentaban comorbilidades, siendo en su mayoría enfermedad cardiovascular, enfermedades neurológicas y deterioro cognitivo previo. El 54% de ellos tenía tratamiento psiquiátrico domiciliario y un 30% tomaba neurolepticos que se suspendieron durante el ingreso. Dentro de los factores de riesgo asociados al desarrollo del delirio se identificaron principalmente, edad avanzada, presencia de deterioro cognitivo previo, sexo masculino, presencia de comorbilidades previas, y en lo que respecta al ingreso la sobresedación, alteraciones metabólicas, insuficiencia renal y estancia prolongada en UCI y en el hospital en general. El diagnóstico de delirio se realizó principalmente por la clínica, se utilizó la escala CAM-ICU en pocos casos, un 23% de los pacientes. Los tipos de delirio que se identificaron fueron hiperactivo 9/13 casos (69%) hipoactivo 23% y mixto en un 8%. Para el tratamiento se emplearon neurolepticos en todos los pacientes (haloperidol y quetiapina) dexmedetomidina en un 23% y benzodiacepinas en un 23%. Respecto a medidas no farmacológicas, el 92% de los pacientes llevaron contención mecánica, y se fomentó el uso de elementos audiovisuales, apoyo familiar y flexibilidad en el horario de visitas. El 84% de los pacientes se recuperaron, presentaron síndrome post-UCI dos pacientes y fallecieron un 16%.

**Conclusiones:** El delirio en la UCI es una patología que se encuentra frecuentemente infradiagnosticada, sobre todo el hipoactivo como se confirma en nuestro caso. La escala CAM-ICU no está suficientemente integrada en la rutina diaria de trabajo. Debe evitarse el empleo de sedantes y contenciones mecánicas en su tratamiento e incidir en el fomento de medidas preventivas para evitar su desarrollo, centrándonos principalmente en las no farmacológicas.

### 566. ESTIMACIÓN DE LOS COSTES Y RESULTADOS EN SALUD DE LA DEXMETOMETODINA VERSUS PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN VENTILACIÓN NO INVASIVA

Pérez Francisco I<sup>(a)</sup>, Vallejo de la Cueva A<sup>(b)</sup>, Quintano Rodero A<sup>(b)</sup>, Espinosa Berenguel JL<sup>(c)</sup>, González Cubillo L<sup>(b)</sup>, Iniesta Navalón C<sup>(c)</sup>, Hernández Chaves R<sup>(b)</sup>, Medrano Fernández M<sup>(b)</sup>, Escudero Argaluz J<sup>(a)</sup> y Fonseca San Miguel F<sup>(b)</sup>

<sup>(a)</sup>BIOARABA en Vitoria-Gasteiz. <sup>(b)</sup>Hospital Universitario de Álava en Vitoria-Gasteiz. <sup>(c)</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

**Objetivos:** Estimar costes y resultados en salud al administrar el fármaco dexmedetomidina (DEX) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) durante la ventilación mecánica no invasiva (VNI) versus práctica clínica habitual (PCH).

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico del 1/12/16 al 31/04/19. Inclusión: > 18 años, IRA 2ª a EAP, EPOC agudizado, neumonía

o apoyo posextubación. Exclusión: IRA que precisa IOT. Contraindicación para VNI. FC < 50. BAV 2-3°. Neurocríticos. Alergia a fármacos. Grupos: PCH: No fármacos o midazolam (0,03-0,05 mg/kg) y/o propofol (0,25 mg/kg ev), CLM (3-5 mg) y/o fentanilo (50-100 µg) en bolos o remifentanilo hasta 6 µg/kg/h. DEX: Inicio a 0,7 máximo de 1,4 µg/kg/h, RASS (0 -1). Cualitativos: frecuencia. Cuantitativos: mediana e IQR. Comparativo: IOT: ExpB-regresión logística. Duración de la VNI, estancia en UCI y hospitalaria: B-regresión lineal simple. Mortalidad: Kaplan-Meier (días de hospitalización hasta la muerte).

**Resultados:** Costes totales, hospitalización, estancia en UCI, farmacológicos y de IOT: euros-U Mann-Whitney,  $p < 0,05$ . R: N = 64 pacientes. PCH vs. DEX. IOT: edad 0,97 (p 0,48); SOFA 0 (p 0,99), EPOC 0,912 (p 0,91); posextubación 2,90 (p 0,25) y grupo paciente (GP) 0,36 (p 0,20). Duración de la VNI: edad -0,49 (p 0,92); SOFA 5,08 (p 0,08), EPOC -11,00 (p 0,45); EAP -19,94 (p 0,19), posextubación -11,27 (p 0,43) y GP -12,76 (p 0,23). Días UCI: edad 0,03 (p 0,78); SOFA 5,60 (p 0,72), EPOC 0,08 (p 0,8); EAP -4,66 (p 0,19), posextubación 0,90 (p 0,77) y GP 1.954 (p 0,42). Días hospitalización: Edad -0,12 (p 0,52); SOFA 5,45 (p 0,23), EPOC 0,58 (p 0,90); EAP -4,06 (p 0,43), posextubación 0,72 (p 0,87) y GP 0,73 (p 0,836). Mortalidad: 39,70 vs. 40,64 (p 0,66). Costes (C) totales: 13.507,14 (5.475,76- 20.108,88) vs. 12.257,97 (5.771,5-23.850,49) (p 0,94). C hospitalización: 4.087,4 (341,75-6.335,47) vs. 2.940 (588-7.766,06) (p 0,87). C estancia UCI: 7.376,04 (3.325,21-14.251,68) vs. 6.580 (3.290-16.450) (p 0,87). C farmacológicos: 0,47 (0-3,37) vs. 65,22 (54,02-109,7), (p 0,00). C IOT: 0 (0-0) vs. 0 (0-0) (p 0,22).

**Conclusiones:** A pesar de que los costes farmacológicos en el grupo de la dexmedetomidina son más elevados, esto no se traduce en un incremento en los costes totales, costes de hospitalización y de estancia en UCI.

### 927/COVID-19. NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE OPIÁCEOS AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON SDRA SECUNDARIO A SARS-CoV-2. ESTUDIO OCEANIA-2 (OPIOIDS CONSUMPTION END ADMISSION INTENSIVE CARE)

Pérez Torres M, Fernández Tobar R, Castiñeiras Amor B, Arenas Mazarrota C, Romera Ortega MA y Chamorro Jambriña C

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda en Majadahonda.

**Objetivos:** La administración de opiáceos a los pacientes durante el ingreso hospitalario puede inducir a su consumo crónico. Las estrategias de analgesia basadas en 1º analgesia, 2º sedación, pueden provocar la administración de altas dosis de opiáceos. El estudio OCEANIA-2 tiene como objetivo principal evaluar el impacto del uso de opiáceos durante el ingreso en UCI en pacientes ventilados mecánicamente por SDRA secundario a SARS-CoV-2, así como factores modificables en su pauta al alta en este subgrupo de pacientes.

**Métodos:** Estudio prospectivo aprobado por el Comité de Ética e Investigación del hospital. Se incluyen todos los pacientes ingresados en UCI entre marzo y mayo de 2020 por SDRA secundario a SARS-CoV-2 que fueron dados de alta de UCI y posteriormente del hospital. Se analizan factores demográficos y datos clínicos relativos al ingreso en UCI y planta de hospitalización. La dosis acumulada de opiáceos se expresa en mg de morfina iv (10 mg morfina iv = 100 µg fentanilo iv = 100 µg remifentanilo = 20 mg metadona oral). Datos expresados en media (± desviación estándar), mediana (IQ25-IQ75) o con frecuencia y %. Para comparar medias se utilizó el test U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyen 54 pacientes, 41 varones, con edad media 62 años (± 12), estancia mediana en UCI de 13 días (8-25) y 14 días (8-20) en planta. APACHE II 16,9 (± 4,6), SOFA al ingreso 6,6 (± 2,1). Ningún paciente recibía opiáceos previo al ingreso. En UCI los pacientes recibieron opiáceos en infusión continua durante una mediana de 216 horas (133-348), y una dosis mediana acumulada de 2.910 mg (969-7.892). Al alta de UCI, en 16 pacientes (30%) se pautaron opiáceos (6 morfina iv si precisa, 5 morfina iv pautada y 5 fentanilo transdérmico). Cuatro pacientes fueron dados de alta del hospital con opiáceos, todos con fentanilo transdérmico ya pautado al alta de UCI. La dosis media acumulada de opiáceos administrada en UCI en pacientes dados de alta del hospital con opiáceos fue 12.450 mg, y 4.883 mg en aquellos sin opiáceos pautados al alta (U de Mann-Whitney 45,00,  $p = 0,07$ ).

**Conclusiones:** El 7% de los supervivientes fueron dados de alta con opiáceos, todos con fentanilo transdérmico. En el 80% de los pacientes dados de alta de UCI con fentanilo transdérmico, este se mantuvo al alta hospitalaria. Es necesario un estudio con mayor número de pacientes para evaluar si la dosis total de opiáceos durante el ingreso en UCI influye en su mantenimiento al alta del hospital.

### 928/COVID-19. METADONA COMO FÁRMACO DE RESCATE EN EL CONTROL DE LA SEDOANALGESIA DIFÍCIL EN PACIENTE CRÍTICOS VENTILADOS POR SDRA SECUNDARIO A SARS-CoV-2

Fernández Tobar R, Pérez Torres M, Castiñeiras Amor B, Arenas Mazarrota C, Romera Ortega MA y Chamorro Jambriña C

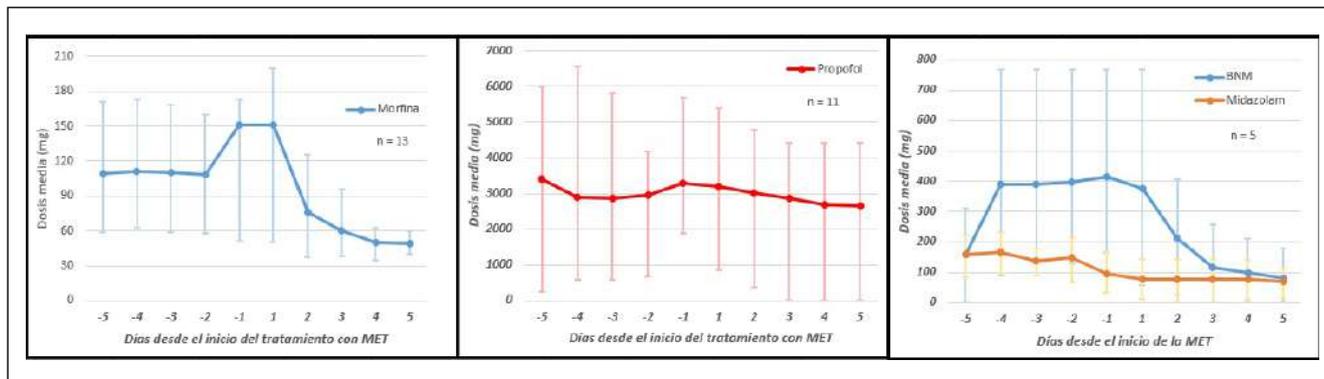
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda en Majadahonda.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de la metadona enteral (MET) para el control de la sedo-analgesia difícil en pacientes ventilados por SDRA secundario a SARS-CoV-2.

**Métodos:** Serie de casos consecutivos de pacientes que recibieron MET con el objetivo previamente descrito. Se analizan variables demográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes y dosis de sedantes, analgésicos y bloqueantes neuromusculares en los 5 días previos y posteriores al inicio de su administración, así como efectos secundarios relacionados con el fármaco. Definimos sedoanalgesia difícil como la dificultad en la progresión para el inicio de las desconexiones por imposibilidad de disminuir los sedantes y/o analgésicos por agitación (grupo A) o por mal control del dolor por tolerancia a opiáceos habituales (grupo B) o a la dificultad para su adaptación a la VM a pesar de altas dosis (grupo C).

**Resultados:** Se incluyen 13 pacientes (12 varones, edad  $64 \pm 9$  años) con una media de  $49 \pm 16$  días de VM el día que reciben la primera dosis de MET, 7 del grupo A, 3 del grupo B y 3 del grupo C. En los 5 días previos al inicio del tratamiento, los 13 pacientes llevaban acumulada una media de  $589 \pm 332$  mg equivalentes de morfina iv, 11 una media de  $15.443 \pm 11.189$  mg de propofol, 5 además estaban recibiendo  $589 \pm 261$  mg de midazolam y 5 precisaban de cisatracurio a  $1.753 \text{ mg} \pm 1.706$  mg. La dosis media inicial de MET (en solución enteral) diaria fue de  $45 \pm 23$  mg. A los 5 días de tratamiento, en 9 pacientes se pudo reducir un  $68 \pm 17\%$  la dosis equivalente de opiáceos, en 4 la dosis de propofol se disminuyó un  $68 \pm 27\%$ , en 3 el midazolam un  $51 \pm 31\%$  y en los 5 que estaban recibiendo cisatracurio, se redujo un  $43 \pm 31\%$  la dosis requerida. En 3 de los pacientes del grupo A se pudo progresar en las desconexiones de la VM al descender las dosis los fármacos; en otros 4 no se pudo progre-

Figura Póster 928



sar por su situación respiratoria pero sí se pudo reducir las dosis de fármacos. En los 3 pacientes del grupo B se controló el dolor. Finalmente, en los 3 pacientes del grupo C se logró su adaptación a la VM y la retirada parcial de los sedantes/analgésicos. Tres pacientes presentaron hipotensión puntual con la primera dosis que requirió soporte inicial con cristaloides y/o vasoactivos; no se objetivaron prolongaciones del QT.

**Conclusiones:** La administración de MET se mostró eficaz en la disminución de las dosis requeridas de sedoanalgesia así como facilitó el inicio/continuación de las desconexiones de la VM.

**929/COVID-19. E- PREDELIRIC Y PREDELIRIC COMO PREDICTORES DE DELIRIO EN PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN SARS-CoV-2. ¿QUÉ ESCALA SE ACERCA MÁS A LA REALIDAD?**

Eugenio Robaina P, Prada Osorio R, Ugalde Jauregui L, Martín Santana JD, Santana Cabrera L, Blanco López J y Martín González JC

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

**Objetivos:** 1. Evaluar la correlación entre los valores de E-Predeliric y Predeliric cuando se recodifican en cuatro categorías de riesgo de desarrollo de delirio (muy bajo, bajo, moderado y alto). 2. Evaluar la correlación entre la probabilidad predicha de delirio según los modelos E-Predeliric y Predeliric con la tasa real de delirio desarrollada en los pacientes ingresados en UCI por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en UCI polivalente de 30 camas. Se recogieron los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 de marzo a mayo de 2020. Se calculó el E-Predeliric en el momento del ingreso y el Predeliric a las 24 horas, clasificando a los pacientes en cuatro grupos de riesgo según el resultado (muy bajo, bajo, moderado y alto). Cuantificamos la incidencia de delirio una vez retirada la sedación. Se consideró "delirio" la presencia de agitación, desadaptación (en ausencia de dolor o problemas ventilatorios) y necesidad de administración de dexmedetomidina o un fármaco antipsicótico. Finalmente, se compararon los resultados con la tasa real de delirio observada.

Tabla 1. Relación entre E-Predeliric y Predeliric

VARIABLES	E-PREDELIRIC			
	Bajo	Moderado	Alto riesgo	
PREDELIRIC	Muy bajo	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)
	Bajo	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)
	Moderado	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
	Alto riesgo	0 (0,0%)	2 (10,0%)	18 (90,0%)

TEST DE ASOCIACIÓN:  $\chi^2 = 22,500$ ,  $p = 0,001$

Tabla 2. Relación de E-Predeliric y Predeliric con el delirio real

VARIABLES	DELIRIO REAL				$\chi^2$ (p)
	SÍ		NO		
	N	%	N	%	
<b>E-PREDELIRIC</b>					
Bajo	1	5,3	1	12,5	3,499 (0,174)
Moderado	2	10,5	3	37,5	
Alto riesgo	15	84,2	4	50,0	
<b>PREDELIRIC</b>					
Muy bajo	0	0,0	2	25,0	14,770 (0,002)
Bajo	0	0,0	3	37,5	
Moderado	2	10,5	0	0,0	
Alto riesgo	17	89,5	3	37,5	
<b>TOTAL</b>	19	70,4	8	29,6	

**Resultados:** Durante el periodo de marzo a mayo de 2020 ingresaron 27 pacientes por infección SARS-CoV-2, con un promedio de edad de  $65,81 \pm 9,72$ . Existe una elevada correlación entre los valores porcentuales de E-Predeliric y Predeliric ( $r = 0,608$ ,  $p = 0,01$ ). Este resultado se corrobora con el test de asociación entre ambas variables cuando se recodifican en cuatro categorías. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el valor porcentual de E-Predeliric y el estado de delirio real del paciente ( $t = 1,481$ ,  $p = 0,151$ ), siendo sus valores medios muy parecidos (38,95% y 33,50% para los que padecieron frente a los

que no). Todo lo contrario ocurre con Predeliric ( $t = 5,460$ ,  $p = 0,00$ ), siendo los valores medios de 85,68% y 41,00%. Estos resultados se corroboran con el test de asociación realizado entre el estado real de delirio del paciente y estas dos escalas codificadas en sus cuatro estados.

**Conclusiones:** 1. Los índices E-Predeliric y Predeliric permiten clasificar a los pacientes según el riesgo de desarrollar delirio en 4 grupos de manera homogénea, independientemente de la escala utilizada. 2. El riesgo predicho al ingreso según el E-Predeliric, en relación a la tasa de delirio observada, muestra que el riesgo de delirio se subestima, mientras que el Predeliric calculado a las 24h de ingreso se correlaciona mejor con la incidencia real observada.

**930/COVID-19. CARACTERÍSTICAS, FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR INFECCIÓN SARS-CoV-2**

Ugalde Jáuregui L, Prada Osorio R, Eugenio Robaina MP, Martín Santana JD, Santana Cabrera L, Blanco López J y Martín González JC

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

**Objetivos:** Identificar las características y los factores de riesgo de los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 que desarrollaron delirio.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en una UCI polivalente de 30 camas. Se recogieron todos los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 durante los meses de marzo a mayo de 2020. Se recogieron variables demográficas, escalas de riesgo de delirio, días de ingreso, variables clínicas, sedación u otro tratamiento para el delirio. Se contabilizó la incidencia de delirio durante el ingreso. Considerando "delirio" la presencia de agitación, desadaptación (en ausencia de dolor o problemas ventilatorios) y necesidad de administración de dexmedetomidina o un fármaco antipsicótico. Para el análisis se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas y un test de diferencias de medias para variables cualitativas.

Factores de riesgo asociados al delirio

VARIABLES	DELIRIO REAL				$\chi^2$ (p)	t (p)
	SÍ		NO			
	N (%)	Media (D.T.)	N (%)	Media (D.T.)		
SEXO:	8 (88,9)		1 (11,1)		1,281 (0,258)	---
Mujer	11	---	5 (31,3)	---		
Hombre	68,8					
EDAD		64,53 (9,47)		68,33 (11,55)	---	0,816 (0,423)
APACHE		11,47 (4,17)		8,83 (5,23)	---	1,275 (0,215)
DIAS INGRESO EN UCI	---	29,58 (11,82)	---	4,33 (2,81)	---	5,118 (0,000)
EXITUS:	2 (66,7)		1 (33,3)		0,163 (0,687)	---
Sí	17	---	5 (22,7)	---		
No	77,3					
E- PREDELIRIC	---	38,95 (8,75)	---	32,33 (9,63)	---	1,579 (0,128)
PREDELIRIC	---	85,68 (12,51)	---	31,50 (29,32)	---	6,578 (0,000)
PEOR PO2/FiO2	---	131,16 (22,83)	---	196,67 (8,17)	---	6,806 (0,000)
DIAS DE VM	---	24,89 (11,21)	---	1,50 (3,67)	---	4,964 (0,000)
RIÑON:	5 (83,3)		1 (16,7)		0,233 (0,629)	---
Sí	14	---	5 (26,3)	---		
No	73,7					
HEMODINAMICO:	19		1 (5,0)		19,792 (0,000)	---
Sí	95,0	---	5	---		
No	0 (0,0)		100,0			
DIAS CON BZD	---	13,95 (5,70)	---	2,00 (3,63)	---	4,796 (0,000)
DIAS PROPOFOL	---	6,16 (4,19)	---	0,00 (0,00)	---	3,545 (0,002)
DIAS CON OPIACEOS	---	14,32 (5,56)	---	1,50 (3,67)	---	5,256 (0,000)
BNM:	19		1 (5,0)		19,792 (0,000)	---
Sí	95,0	---	5	---		
No	0 (0,0)		100,0			
SUJECCIONES:	9		0 (0,0)		4,441 (0,035)	---
Sí	10	---	6 (37,5)	---		
No	62,5					
<b>TOTAL</b>		<b>19 (76,0%)</b>		<b>6 (24,0%)</b>		

**Fármacos usados para control del delirio en los pacientes(N=19)**

VARIABLES	TIPO VARIABLE			
	Cuantitativas		Cualitativas	
	Media	D.T.	N	%
DIAS DE HIPERACTIVO (RASS>0)	1,26	1,33	---	---
HIPOACTIVO (RASS <0)	3,05	2,27	---	---
Nº DE FÁRMACOS (BZD/ NRL/ dexdor)	3,42	1,17	---	---
SEDACION POR DELIRIO:				
Si	---	---	13	68,4
No	---	---	6	31,6
DEXDOR:				
Si	---	---	16	84,2
No	---	---	3	15,8
TIAPRIDE:				
Si	---	---	3	15,8
No	---	---	16	84,2
NRL (Neurolepticos):				
Haloperidol	---	---	9	47,4
Quetiapina	---	---	8	42,1
Otros	---	---	2	10,5
BZD:				
Clonazepam	---	---	3	15,8
Alprazolam	---	---	16	84,2

**Resultados:** De los 27 pacientes que ingresaron por infección SARS-CoV-2, 2 fallecieron antes de ser retirada la sedación. Por lo tanto, se incluyeron 25 pacientes, con un promedio de edad de 65,44 ± 9,89 y un APACHE de 10,84 ± 4,48. El 76% presentó delirio, con un promedio de días de delirio de 4,65 ± 2,7 (hiperactivo 1,26 ± 1,33 e hipoactivo de 3,05 ± 2,27). En el análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: días de ingreso en UCI (p = 0,000), días de ventilación mecánica (p = 0,000), días de sedación (p = 0,000), días de bloqueo neuromuscular (p = 0,000), peor PO2/FiO2 (p = 0,000) y uso de catecolaminas (p = 0,000). En cuanto al tratamiento, los pacientes recibieron un promedio de 3,42 ± 1,17 fármacos cada uno. Todos recibieron algún neuroleptico (haloperidol 47,4%, quetiapina 42,1%) y benzodiacepi-

nas (84,2% alprazolam, 15,8% clonazepam). Además, el 84,2% dexmedetomidina y el 68,4% requirió sedación con midazolam o propofol para manejo del delirio.

**Conclusiones:** 1. La incidencia de delirio en los pacientes ingresados en UCI por SARS-CoV-2 es muy alta, sobre todo si requieren ventilación mecánica, sedación y bloqueo neuromuscular. 2. Todos los pacientes reciben varios fármacos endovenosos y enterales para el control del delirio. 3. La restricción en el acceso a las medidas no farmacológicas (aislamiento, visitas, musicoterapia...) asociados a la infección por SARS-CoV-2 podrían haber influido de manera importante tanto en el desarrollo como en el control del delirio.

**931/COVID-19. FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON UN MAYOR NÚMERO DE DÍAS CON DELIRIO EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN SARS-CoV-2**

Prada Osorio R, Ugalde Jáuregui L, Eugenio Robaina MP, Martín Santana JD, Santana Cabrera L, Blanco López J y Martín González JC

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

**Objetivos:** 1. Identificar en los pacientes ingresados por SARS-CoV-2 que desarrollaron delirio, los factores de riesgo asociados a mayor duración del mismo. 2. Identificar si hay diferencias en el tratamiento recibido para el delirio, en función de si la duración del mismo es mayor o menor a 5 días.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en una UCI polivalente de 30 camas. Se recogieron todos los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 durante los meses de marzo a mayo de 2020 que desarrollaron delirio. Se consideró "delirio" la presencia de agitación, desadaptación (en ausencia de dolor o problemas ventilatorios) y necesidad de administración de dexmedetomidina o un fármaco antipsicótico. Se incluyeron variables demográficas, escalas de riesgo, días de ingreso, variables clínicas, sedación u otro tratamiento recibido para el delirio. Se realizó un estudio comparativo de las variables tras separar-

Figura Póster 931

Factores de riesgo asociados al delirio						
VARIABLES	DÍAS DE DELIRIO				χ <sup>2</sup> (p)	t (p)
	Menos de 5 días		5 días o más			
	N (%)	Media (D.T.)	N (%)	Media (D.T.)		
SEXO:					0,116 (0,734)	---
Mujer	5 (55,6)	---	4 (44,4)	---		
Hombre	10 (62,5)	---	6 (37,5)	---		
EDAD		65,07 (10,48)		66,00 (9,46)	---	0,227 (0,823)
APACHE		10,00 (4,69)		12,10 (4,04)	---	1,157 (0,259)
DIAS INGRESO EN UCI		16,87 (12,44)		33,50 (13,46)	---	3,171 (0,004)
EXITUS:					0,063 (0,802)	---
Si	2 (66,7)	---	1 (33,3)	---		
No	13 (59,1)	---	9 (40,9)	---		
E- PREDELIRIC		35,13 (10,86)		40,70 (4,76)	---	1,519 (0,142)
PREDELIRIC		64,27 (34,25)		85,30 (12,59)	---	1,849 (0,077)
DIAS DE VM		13,40 (11,48)		28,10 (13,67)	---	2,907 (0,008)
RIÑÓN:					0,329 (0,566)	---
Si	3 (50,0)	---	3 (50,0)	---		
No	12 (63,2)	---	7 (36,8)	---		
HEMODINAMICO:					4,167 (0,041)	---
Si	10 (50,0)	---	10 (50,0)	---		
No	5 (100,0)	---	0 (0,0)	---		
OTROS:					0,091 (0,763)	---
Si	1 (50,0)	---	1 (50,0)	---		
No	14 (60,9)	---	9 (39,1)	---		
DIAS CON BZD		9,07 (7,71)		14,10 (5,93)	---	1,744 (0,085)
DIAS PROPOFOL		3,47 (4,36)		6,50 (4,33)	---	1,710 (0,101)
DIAS CON OPIACEOS		9,33 (8,10)		14,10 (5,93)	---	1,593 (0,125)
BNM:					4,167 (0,041)	---
Si	10 (50,0)	---	10 (50,0)	---		
No	5 (100,0)	---	0 (0,0)	---		
SUJECCIONES:					1,418 (0,234)	---
Si	4 (44,4)	---	5 (55,6)	---		
No	11 (68,8)	---	5 (31,3)	---		

DIAS DE HIPERACTIVO (RASS>0)	---	1,07 (0,96)	---	1,60 (1,58)	---	1,0564 (0,303)
HIPOACTIVO (RASS <0)	---	1,67 (1,18)	---	4,10 (2,51)	---	3,274 (0,003)
Nº DE FÁRMACOS (BZD/ NRL/ dexdor)	---	1,93 (1,53)	---	3,80 (1,32)	---	3,148 (0,005)
SEDACION POR DELIRIO:						
Si	5 (38,5)	---	8 (61,5)	---	5,235 (0,022)	---
No	10 (83,3)	---	2 (16,7)	---		
DEXDOR:						
Si	7 (43,8)	---	9 (56,3)	---	4,890 (0,027)	---
No	8 (88,9)	---	1 (11,1)	---		
TIAPRIDE:						
Si	1 (33,3)	---	2 (66,7)	---	1,010 (0,315)	---
No	14 (63,6)	---	8 (36,4)	---		
NRL (Neurolepticos):						
Haloperidol	4 (44,4)	---	5 (55,6)	---	3,588 (0,166)	---
Quetiapina	7 (58,3)	---	5 (41,7)	---		
Otros	4 (100,0)	---	0 (100,0)	---		
BZD:						
Clonazepam	1 (33,3)	---	2 (66,7)	---	1,587 (0,452)	---
Alprazolam	13 (61,9)	---	8 (38,1)	---		
Otros	1 (100,0)	---	0 (0,0)	---		
TOTAL		15 (60,0%)		10 (40,0%)		

los en dos grupos, en función de la duración del delirio (menor de 5 días frente a mayor de 5 días).

**Resultados:** Durante el período de estudio, 25 pacientes desarrollaron delirio con un promedio de días de delirio de  $4,65 \pm 2,7$ . En el 60% (15), la duración del delirio fue menor de 5 días. Las únicas variables asociadas a una mayor duración fueron: días de ventilación mecánica  $p(0,008)$ , fallo hemodinámico  $p(0,041)$  y días de bloqueo neuromuscular  $p(0,041)$ , pero sin encontrar significancia en los días de sedación. En cuanto al tipo de delirio es el hipoactivo el que presenta mayor duración  $4,10 \pm 2,51$  días ( $p = 0,003$ ). Y en relación al tratamiento, los que tuvieron un delirio más prolongado habían recibido un promedio de  $3,80 \pm 1,32$  fármacos ( $p = 0,005$ ). El 61,5% precisó sedación por delirio ( $p = 0,022$ ) y el 56,3% dexmedetomidina ( $p = 0,027$ ), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en los neurolepticos o las benzodiazepinas orales utilizadas.

**Conclusiones:** 1. Los días de ventilación mecánica, bloqueo neuromuscular y el fallo hemodinámico se relacionan con una mayor duración del delirio. 2. El delirio hipoactivo es más difícil de controlar y acortar. 3. Los pacientes con delirio más prolongado reciben un mayor número de fármacos incluyendo sedantes para el control del delirio.

## Pósteres orales

### Toxicología

#### 075. DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD EN PACIENTES INTOXICADOS INGRESADOS EN UCI

Molina Morales MM<sup>(a)</sup>, López Fernández A<sup>(a)</sup>, Ramiro González S<sup>(a)</sup>, de Gea García JH<sup>(b)</sup> y Fuentes Calatayud A<sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital Virgen de las Nieves en Granada. <sup>(b)</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia.

**Objetivos:** Las intoxicaciones agudas son un grupo de urgencias médicas en las que la sospecha diagnóstica, el soporte multiorgánico y terapéutico adecuados son decisivos. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes en función de su edad que ingresan en una UCI polivalente de tercer nivel tras una intoxicación aguda.

**Métodos:** Estudio observacional analítico de pacientes que ingresaron por una intoxicación aguda en nuestra UCI durante un período de dos años (enero 2015-diciembre 2017) en los que se recogieron, siguiendo protocolo de estudio EMPIUCI, datos demográficos, antecedentes psiquiátricos, intencionalidad de la intoxicación, tipo de tóxico, tratamiento de soporte, depurativo y mortalidad. Los pacientes se clasificaron según edad en mayores de setenta años (anciano) y menores de setenta años (no anciano) y se compararon. Las variables se expresan como tanto por ciento.

**Resultados:** Durante el período de tiempo estudiado, se registraron un total de 121 pacientes, de los que 93 (76,86%) eran no ancianos y 28 (23,14%) ancianos. Se registró una menor proporción de hombres en el grupo no ancianos (47,3 vs. 71,4%,  $p = 0,025$ ). En este mismo grupo se documentó de forma significativa más pacientes con antecedentes psiquiátricos (54,8 vs. 25%  $p = 0,006$ ) intentos autolíticos (25,8 vs. 3,57%  $p = 0,01$ ) y mayor adicción a drogas (23,6 vs. 3,6%  $p = 0,018$ ). Se encontraron diferencias significativas en cuanto a intencionalidad ( $p = 0,001$ ), siendo la motivación autolesiva mayor en el grupo no anciano (59,5 vs. 35,7%) y la accidental en el grupo anciano (23,7 vs. 57,1%). En ambos grupos los principales tóxicos fueron fármacos, con mayor relevancia en el grupo ancianos (65,6 vs. 78,6  $p = 0,04$ ). Precisarons de intubación orotraqueal en mayor medida en el grupo no anciano (48,9 vs. 28,6%  $p = 0,05$ ) sin constatar diferencias significativas en el tratamiento específico de la intoxicación, medidas de soporte o tratamiento depurativo. Finalmente la mortalidad fue significativamente superior en el grupo ancianos (2,2 vs. 14,3%  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** En nuestra población existen diferencias significativas relacionadas con la edad, en cuanto a antecedentes de patología psiquiátrica, adicción a drogas, motivación de la intoxicación y tipo de tóxico. La mortalidad fue superior en los pacientes de más edad que podría reflejar la gravedad intrínseca de esta urgencia médica, así como la fragilidad inherente de los grupos etarios de mayor edad.

#### 079. PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INTOXICACIÓN AGUDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Moreno López J, Cruz Valero IM y Carranza Pinel A

Hospital Universitario San Cecilio en Granada.

**Objetivos:** Describir el perfil epidemiológico y evolución de los pacientes ingresados en nuestra unidad con diagnóstico al ingreso de intoxicación o sobredosis.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo realizado en una UCI polivalente. Se analizan durante un periodo de dos años (enero 2018-diciembre 2019) los pacientes ingresados con el diagnóstico de intoxicación o sobredosis. Se recogen variables demográficas, clínicas, gravedad al ingreso, necesidad de determinadas técnicas como IOT, TRRC, días de estancia en UCI y mortalidad. Se realiza la determinación de parámetros descriptivos mediante media y frecuencias.

**Resultados:** Se recogen 42 pacientes, con una edad media de 45,6 años, siendo un 47% (N = 20) mujeres y un 53% hombres (N = 22). El APACHE-II medio fue de 16,2. La intoxicación por benzodiazepinas fue la causa de ingreso más frecuente (N = 11) seguida de la ingesta de paracetamol (N = 10) y litio (N = 6). 28 de ellas (66%) fueron con finalidad autolítica falleciendo tres de los pacientes. Del 33% de las ingestas accidentales, únicamente falleció un paciente. La media de estancia en UCI fue de 2,8 días, precisando durante el ingreso un 40,5% (N = 17) intubación orotraqueal, un 33% (N = 14) fármacos vasoactivos y un 24% (N = 10) TRRC. Las intoxicaciones que precisaron TRRC fueron las causadas por litio (N = 5), metformina (N = 3) y etilenglicol (N = 2). De los ingresos de nuestra unidad, en 2018 las intoxicaciones constituyeron el 2,7% y en 2019 el 2,8%.

**Conclusiones:** En nuestra unidad la ingesta medicamentosa voluntaria de benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos constituye la intoxicación más prevalente. Por lo general la mayoría suelen requerir pocos días de ingreso y mínimo o nulo apoyo invasivo. Todos los que finalmente fallecieron presentaron un APACHE-II al ingreso por encima de 20. Igualmente precisaron intubación orotraqueal y fármacos vasoactivos y una mayor estancia en UCI.

#### 570. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE 121 PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR INTOXICACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Serrano Martínez JL, Molina Morales MM, Fuentes Calatayud A, de Gea García JH y Ramiro González S. Grupo de investigación: EMPIUCI

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas, estancia, tipo de tóxico, intencionalidad, tratamiento y mortalidad de los pacientes ingresados en UCI por intoxicación.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel en el que se reclutaron 121 pacientes que requirieron ingreso en UCI por intoxicación durante un periodo de 2 años (de enero de 2015 a diciembre de 2017). Se analizó edad, estancia hospitalaria y en UCI, hábitos tóxicos, tipo de tóxico, intencionalidad del consumo, tratamiento instaurado y mortalidad.

**Resultados:** El 52,9% de los pacientes fueron mujeres con una media de edad global de  $53 \pm 18,2$  años y de  $57,7 \pm 2,3$  años en las pacientes de sexo femenino. Menos de la mitad de los pacientes ingresados estaban en tratamiento psiquiátrico activo (47,8%), aunque aproximadamente 1 de cada 5 (20,6%) presentaban antecedentes de al menos un intento autolesivo previo. Este fue el motivo del consumo de tóxicos más frecuente representando el 53,7% de los casos, seguido del consumo accidental (31,4%) y recreativo (14,1%). Respecto a los hábitos tóxicos previos fue más frecuente el consumo de drogas de abuso (19%) que el de alcohol (13,2%). El grupo de tóxicos más implicado fueron los fármacos de carácter terapéutico (68,6%), siendo la intoxicación con varios agentes lo más habitual en 32 pacientes (26,5%). Como intoxicación producida por un único compuesto la producida por benzodiazepinas resultó en un 9,92% de los casos la más prevalente. En solo el 40,5% de las intoxicaciones pudo instaurarse un tratamiento específico, considerándose como tal el lavado gástrico, carbón activado, la terapia de depuración extrarrenal (4,1%) o el uso de antídoto específico (18,2%). El 44,2% necesitaron de aislamiento de la vía aérea y el 25,6% de aminas vasoactivas, en contraposición al del inotrópicos que solo tuvieron que usarse en 7 pacientes. En 2 pacientes (1,7%) se tuvo que emplear soporte cardiocirculatorio mecánico mediante terapia ECMO. La mortalidad global intra-UCI fue del 5% (6 pacientes).