

**Resultados:** Desde 2016 a 2020 se ha mantenido un número estable de activaciones del código PPT en el HVH: 333 activaciones en 2016, 327 en 2017, 333 en 2018, 360 en 2019 y de 346 en 2020, sin clara afectación por la pandemia SARS-CoV-2 del número total de activaciones. Pero si hemos objetivado un claro descenso del número de pacientes politraumáticos debido al confinamiento domiciliario durante Abril y un descenso leve de los pacientes quemados PPT-0 desde el inicio de confinamientos perimetral de agosto a noviembre con un ascenso claro a la retirada del confinamiento perimetral en diciembre. De las 346 activaciones un total del 71,6% son varones (248). Tenemos 135 PPT-0 de los cuales 96 son politraumáticos y 39 son quemados, 172 PPT-1 de los cuales 110 son politraumáticos y 62 quemados y 29 PPT-2 poli traumáticos. De estas 346 activaciones 19 pacientes no requieren ingreso en críticos, la mayoría (14) se activados como PPT-1. Un total de 26 defunciones durante el ingreso en críticos de los cuales 24 fueron activados como PPT-0. De los pacientes que requieren ingreso en críticos UCI Neurotraumatología al alta destacamos: 49 pacientes a lesionados medulares y 42 a planta de neurotraumatología. También destacamos las 47 altas a unidad de Semi-críticos, perteneciente a UCI. El resto de pacientes se distribuyen: 29 Traumatología, 11 Cirugía Plástica, 7 cirugía Torácica, 6 Cirugía general, 5 a otros hospitales, 2 Rehabilitación, 1 urología y 1 a REA. Los 101 códigos PPT en Unidad de quemados todos quedan a cargo de la misma unidad en camas convencionales.

**Conclusiones:** Hay un claro descenso de ingresos en pacientes politraumáticos en el mes de abril con las medidas de confinamiento domiciliario. El confinamiento perimetral de los meses de septiembre a noviembre repercute en el número de activaciones PPT-0 de pacientes quemados. El número global de pacientes activados y posteriormente asistidos en HTRIC no se ha visto afectado por la pandemia SARS-CoV-2.

#### 170. ANÁLISIS DE LA HIPOCALCEMIA AL INGRESO CON FACTOR DE RIESGOS EN PACIENTES POLITRAUMÁTICOS QUE PRESENTAN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Rodríguez Vázquez PE, Utrilla Cid N, Azcariz Bertrán MJ, Méndez-Benegassi Cid C, Gómez González A, Catalán Muñoz V, Mayor García D y Ramos Cuadra JA

Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería.

**Objetivos:** Analizar cuál es la relevancia de la hipocalcemia como factor de riesgo en aquellos pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de la hipocalcemia en los pacientes politraumáticos que ingresan en una UCI de referencia provincia. Los criterios de inclusión que se definieron fueron: ingreso en las primeras 24 horas del traumatismo, realización de una gasometría (arterial o venosa) al ingreso y estancia mínima de 24 horas en la unidad. Se escogió un período de estudio comprendido entre 2016-2017. Cumplieron los criterios de inclusión 111 pacientes. Se comparó a los pacientes con hipocalcemia (calcio iónico  $\leq$  1 mmol/L) frente a los que no la presentaban (sí vs no). Para el análisis multivariante se asumió la inestabilidad hemodinámica en aquellos pacientes que necesitaron drogas vasoactivas o tuvieron un shock refractario. Para el estudio se creó una nueva base de datos basada en datos del RETRAUCI.

**Resultados:** El 83,7% de los pacientes eran hombres. La hipocalcemia se presentó en 25 pacientes (22,5%). De los 111 pacientes analizados, presentaron inestabilidad hemodinámica al ingreso 24 pacientes (20,9%). La prevalencia de hipocalcemia en dicha población fue del 60,9% y la mediana de calcio iónico al ingreso en este grupo fue de 0,98 mmol/L (0,61-1,07 mmol/L). Se estudiaron en un análisis binario las variables que se asociaron a la inestabilidad hemodinámica y se observó que eran estadísticamente significativas: el traumatismo torácico, la necesidad de ventilación mecánica, la hipocalcemia al ingreso (OR 10,63 IC: 3,77-30,30  $p < 0,001$ ), tensión arterial sistólica, Glasgow inicial, necesidad de cirugía en las primeras 24 hs, APACHE-II y frecuencia respiratoria. En el análisis multivariante se añadieron dichas variables clínicamente relevantes en los modelos de predicción y se observó que la hipocalcemia al ingreso continúa siendo predictor con una OR 3,88 (IC: 1,003-15,02  $p = 0,049$ ) en el primer modelo y una OR 9,64 (IC: 2,52-36,68  $p < 0,001$ ) en el modelo en el que se incluyó el APACHE-II.

**Conclusiones:** la hipocalcemia al ingreso en aquellos pacientes politraumatizados es un factor de riesgo independiente para presentar inestabilidad hemodinámica en las primeras 24h.

## Pósteres orales

### Organización/Gestión/Calidad

#### 171. COVID Y UCI, ¿POR DÓNDE EMPIEZO? MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA PANDEMIA COVID EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Ruiz Ruiz AM<sup>a</sup>, Flor Morales V<sup>b</sup>, Berrazueta Sánchez de Vega A<sup>a</sup>, Ibáñez Rementería I<sup>a</sup>, Mantilla Gordovil MJ<sup>a</sup> y Rodríguez Borregán JC<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Intensiva; <sup>b</sup>Calidad. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

**Objetivos:** Describir la utilización de una matriz de riesgos y oportunidades para la gestión de los mismos en la pandemia COVID en una UCI de un hospital de tercer nivel certificado según la ISO 9001:2015.

**Métodos:** SMI con 34 camas, UCIM y SECI ampliados durante la pandemia en 56 camas para la atención de pacientes COVID graves. Para seguir los riesgos/oportunidades se utiliza una matriz de riesgos en formato Excel y se identifican mediante análisis del proceso, plan de comunicación, competencias, incidencias y partes interesadas. Se evaluaron y priorizaron por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial y visualmente utilizando el semáforo de colores. Se planificaron acciones de mejora y correctivas, con responsables, fechas límite de acción y planes de seguimiento y verificación establecidos. En su reevaluación se consideran eliminados, reducidos o asumidos utilizando el método previo de priorización, para así medir la eficacia de las medidas tomadas y planificar nuevas si no se consigue disminuir.

**Resultados.** Durante la pandemia COVID se identificaron 18 riesgos y 10 oportunidades de mejora agrupados en diferentes áreas. Riesgos: 22% coordinación entre profesionales, 22% recursos humanos/materiales, 16,5% criterios homogéneos de funcionamiento, 16,5% SECI, 11% sistemas de información, 5,5% organización y 5,5% información a pacientes. Oportunidades: 70% coordinación con profesionales de apoyo, 20% recursos humanos y materiales y 10% sistemas de información. En cuanto a prioridad: en el 22% fue muy alta, en el 55% alta y en el 11% media. El 100% de las oportunidades fue de prioridad muy alta. Hasta la fecha se cerraron la mitad de los riesgos, permaneciendo abierta la explotación de oportunidades. De los riesgos evaluados, los de prioridad muy alta pasaron a media asumiendo otros en muy alta, los de prioridad alta, cinco pasaron a media, manteniéndose el resto y asumiéndose, aunque no menor puntuación. Los de prioridad media se mantuvieron en el color, pero con menor puntuación.

**Conclusiones:** La certificación ISO y la metodología de gestión de riesgos ya implantada, mediante la utilización de una matriz de riesgos/oportunidades ya existentes ha permitido abordar de forma sistematizada 18 riesgos relacionados con la crisis sanitaria por COVID-19 en una UCI, disminuyendo su impacto o eliminándolos, en el 50% de los mismos, así como explotar, mejorar y compartir las 10 oportunidades en el 100% de los casos mejorando la seguridad y la calidad asistencial en esta pandemia.

#### 172. ¿EN QUÉ PUEDO AYUDARTE? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES SOBRE EL SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ruiz Ruiz AM<sup>a</sup>, Flor Morales V<sup>b</sup>, Berrazueta Sánchez de Vega A<sup>a</sup>, Lorda de los Rios I<sup>a</sup>, Fariñas Álvarez MC<sup>a</sup> y Rodríguez Borregán JC<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Calidad; <sup>b</sup>Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

**Objetivos:** Conocer la opinión de los profesionales sobre el Servicio Extendido de Cuidados Extendidos (SECI) de un servicio de medicina intensiva y obtener información útil para abordar áreas susceptibles de mejora; intentando adecuar, en la manera de lo posible, la organización y los recursos a las necesidades de los profesionales.

**Métodos:** Alcance: servicios asistenciales que tienen acceso al SECI. La evaluación se ha realizado mediante una encuesta estandarizada de diseño específico que se compone de 16 preguntas: 2 para conocer la utilización del SECI por los profesionales (sí/no), 10 preguntas en relación con aspectos relevantes del Servicio (escala 1-5), 1 de satisfacción global (escala 1-10), 1 para medir el grado de recomendación (escala 1-10) y 2 preguntas de texto libre (puntos fuertes y puntos débiles). Para su difusión se ha utilizado una plataforma de encuestas on-line, con invitación personalizada para cada participante. Se ha enviado invi-

tación para participar a todos los profesionales sanitarios (auxiliares de enfermería, enfermería, facultativos y residentes). La encuesta se ha mantenido abierta desde el 22/06/2020 hasta el 22/07/2020, con envío de un recordatorio personalizado en la mitad del periodo.

**Resultados:** Se recibieron 271 encuestas de las 2719 enviadas (9,9%). Procedentes de 34,7% facultativos, 32,1% enfermeras, 22,9% auxiliares de enfermería, 3,7% MIR y 6,6% NC. El 87% de los participantes considera que la colaboración del SECI sirve de ayuda para mejorar la evolución de los pacientes. El 49% había usado los servicios del SECI y refirieron estar muy satisfechos/satisfechos: el 93,3% en facilidad de contactar, 94,1% en disponibilidad del SECI, 90% en la interrelación con los profesionales de SECI, 94,9% en nivel de competencia profesional, 89,9% de utilidad de las recomendaciones y valoraciones, 87,4% resolución de problemas, 93,2% en los tiempos de respuesta ante valoraciones urgentes y 93,1% en la actuación en evaluaciones urgentes. Los aspectos con menor porcentaje de satisfechos fueron: periodo de seguimiento e información sobre los cuidados especiales (CVC, traqueostomías, UPP), con un porcentaje de 85,7 y 82,7% respectivamente. Valoración media de 8,54 (DE = 1,9). NPS de 63,1 con un 72,1% de los profesionales recomendarían SECI y un 9% no lo haría.

**Conclusiones:** Destaca la alta satisfacción de los profesionales con el SECI. Se han detectado como áreas de mejora el periodo de seguimiento y la información sobre cuidados especiales (CVC, traqueostomías y UPP).

### 173. LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: UN OBJETIVO IMPRESCINDIBLE EN NUESTRAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA

Amat Serna T, Aranda Martínez C, Caba Porras MI y Rivera Fernández R

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

**Objetivos:** La SEFH y la SEMICYUC han elaborado un "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva" con el objetivo de analizar los posibles errores de medicación y mejorar la seguridad.

**Métodos:** Hemos participado en el cuestionario realizado por la SEFH y SEMICYUC, realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén, de forma conjunta entre el Servicio de Farmacia y el SMI durante el mes de septiembre de 2020 y posteriormente hemos analizado y comparado con otros hospitales de similares características nuestros resultados.

**Resultados:** El cuestionario está estructurado en 10 apartados que son los 10 elementos clave que más inciden en la seguridad de los medicamentos en los SMI, se evalúan finalmente unos 147 ítems. La puntuación final de nuestro cuestionario es 39%: Elementos clave-Puntuación. I. Información de los pacientes y de los medicamentos 71/188 (38%). II. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación 40/68 (59%). III. Incorporación de farmacéuticos 21/74 (28%). IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos 40/72 (56%). V. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos 22/86 (26%). VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos 55/104 (53%). VII. Factores del entorno y recursos humanos 33/60 (55%). VIII. Competencia y formación del personal 5/52 (10%). IX. Educación a pacientes o familiares 7/14 (50%). X. Programas de calidad y gestión de riesgos 26/104 (25%). Comparando nuestros resultados con Hospitales de similares características, observamos que nos encontramos por debajo de la media, aunque dentro de la desviación estándar (DE), excepto en el ítem V que no alcanzamos ni la DS.

**Conclusiones:** Los SMI son áreas con un especial riesgo de que se produzcan errores de medicación. Tras analizar nuestros datos remarcaríamos de principal importancia los malos resultados en los ítems V y VIII, es por ello que se han propuesto planes de mejora para implantarse con el objetivo de mejorar la seguridad en nuestro SMI.

### 174. EVALUACIÓN TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DEL ESTADO FUNCIONAL Y SÍNDROME POST-UCI DE PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO-CONSULTA POST-UCI

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

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

**Objetivos:** Evaluar la situación funcional de pacientes COVID-19 ingresados en UCI a los 3 meses del alta, mediante consulta post-UCI.

**Métodos:** Análisis de cohorte prospectivo de pacientes COVID-19 en UCI entre marzo-mayo de 2020 y su seguimiento 3 meses al alta en consulta post-UCI llevada a cabo por el servicio de Medicina Intensiva en alianza con Neumología. Se registran datos clínico-epidemiológicos, gravedad al ingreso, manejo clínico, estancias en UCI y resultados funcionales para valorar síndrome post-UCI (PICS) con escalas para valoración física, psicológica y cognitiva (Barthel, MoCA, HAD, TEPT, SF12), dinamometría y pruebas respiratorias funcionales con espirometría y difusión (PPFF). Los resultados se expresan con porcentaje, media  $\pm$  desviación estándar y mediana (P25-P75), según corresponda.

**Resultados:** Se incluyeron 37 pacientes (total de 50 supervivientes), 70% varones, edad  $53 \pm 12$ , IMC  $27 (25-32)$ . APACHEII 14 (11-16), 100% Barthel-100. Antecedentes: 24% dislipemia, 19% HTA, 8% diabetes, 13% asma/EPOC. SDRA 100%. Estancia UCI 20 (12-36) días y hospitalaria 31 (21-57) días. 95% con ventilación mecánica invasiva (VMI), mediana 18 (10-29) días, el 5% restante cánulas nasales de alto flujo. 78% pronó, mediana 2 (1-4) sesiones. 92% bloqueo neuromuscular, mediana  $8 \pm 5$  días. Sedación  $18 \pm 10$  días, 92% con midazolam. 24% traqueotomía. 11% ECMO-VV. 19% neumonía asociada a VMI. Complicaciones: 65% debilidad adquirida en UCI, 38% delirio, 31% úlceras por presión, 22% shock, 16% trombosis venosa profunda. Medidas de prevención de PICS: 59% fisioterapia, con inicio tras  $24 \pm 12$  días, 35% medios de comunicación alternativos, 5% visita de familiares. Derivación a centro de recuperación funcional al alta 30%. 3 meses al alta: IMC  $25 (23-31)$ , 100% Barthel-100, 39% alopecia, 30% insomnio, 3% alteración deglución. El 16% ha visitado Urgencias y 76% a su médico de Atención Primaria. 51% fisioterapia. El 19% aún de baja laboral. El 40% no recupera aficiones. 35% PPFF alteradas. 62% alteración de esfera física, 22% psicológica y 10% cognitiva (68% alteración de alguna). Derivación a especialista 32%.

**Conclusiones:** Los pacientes críticos COVID-19 con SDRA cursan con estancias prolongadas y VMI durante semanas, desarrollando gran parte de ellos delirio y debilidad adquirida. A los 3 meses dos terceras partes presentan alguna alteración compatible con PICS, pudiendo influir que en menos del 50% pudieron aplicarse medidas de prevención debido a la saturación sanitaria.

### 175. SÍNDROME POST-UCI EN PACIENTES CRÍTICOS CON SDRA POR COVID-19 A LOS 3 MESES DEL ALTA: ANÁLISIS DE SU SITUACIÓN FUNCIONAL Y DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA SU DESARROLLO

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

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

**Objetivos:** Analizar la situación funcional y los factores que influyen en la aparición de síndrome post-UCI (PICS) a los 3 meses del alta de pacientes críticos con COVID-19.

**Métodos:** Análisis de cohorte prospectivo de pacientes críticos con SDRA por COVID-19 de marzo a mayo de 2020 y su seguimiento a los 3 meses del alta hospitalaria en consulta post-UCI por el servicio de Medicina Intensiva. Se registran datos clínicos y epidemiológicos, y resultados funcionales para valorar aparición de PICS con escalas para valoración física, psicológica y cognitiva (Barthel, MoCA, HAD, TEPT, SF12), dinamometría y pruebas respiratorias funcionales (espirometría y difusión) (PF). Resultados expresados como porcentaje, media  $\pm$  DE y mediana (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>). Se aplica  $\chi^2$ , t de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda.

**Resultados:** Se incluyen 37 pacientes (total de 50 supervivientes), 70% varones, edad  $53 \pm 12$ , IMC  $27 (25-32)$ . APACHE-II 14 (11-16), Barthel 100. 24% dislipemia, 19% HTA, 8% diabetes, 13% asma o EPOC. Estancia UCI 20 (12-36) y hospitalaria 31 (21-57) días. 95% ventilación mecánica (VM), 18 (10-29 días); resto O<sub>2</sub> alto flujo. Prono 78%, 2 (1-4) sesiones. 11% ECMO-vv. 92% bloqueo neuromuscular,  $8 \pm 5$  días. Sedación  $18 \pm 10$  días. 24% traqueotomía. 86% vasoactivos. Debilidad adquirida en UCI 65%, delirio 38%, úlceras por presión 31%, shock 22%, trombosis venosa profunda 16%. Prevención de PICS: fisioterapia 59% (inicio a los  $24 \pm 12$  días), medios de comunicación alternativos 35% y visita familiar 5%. Derivación a centro de recuperación funcional al alta 30%. 3 meses tras el alta: 35% PF alteradas. Alteración de esfera física 62%, psicológica 22% y cognitiva 10% (68% alteración de alguna). Derivación a especialista 32%. Se estudio asociación entre presencia de alteración funcional y uso de vasoactivos [OR 12 (1,6-90,5), p = 0,01] y estancia UCI [12 [7-34] vs 28 [15-36], p = 0,05]; así como entre días de sedación y PF alteradas ( $15 \pm 2$  vs  $23 \pm 3$ , p = 0,04).

**Conclusiones:** A los 3 meses del alta, dos terceras partes presentaron alteraciones compatibles con PICS, asociándose la duración de la estancia en UCI y el uso de vasoactivos con presentar alguna alteración. La duración de la sedación se asoció con PF alteradas.

### 176. EVALUACIÓN DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES CON SDRA POR COVID-19 A CENTROS DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS SU INGRESO EN UCI Y DE SU SITUACIÓN FUNCIONAL A LOS 3 MESES DEL ALTA HOSPITALARIA

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

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

**Objetivos:** Evaluar los factores de riesgo de derivación a un centro de recuperación funcional (DCRF) de pacientes con COVID-19 tras su ingreso en UCI y describir su situación funcional a los 3 meses del alta.

**Métodos:** Análisis de cohorte prospectivo de pacientes críticos con SDRA por COVID-19 de marzo a mayo de 2020 y su seguimiento a los 3 meses del alta hospitalaria en consulta post-UCI por el servicio de Medicina Intensiva. Se registran datos clínicos y epidemiológicos, y resultados funcionales para valorar síndrome post-UCI (PICS) con escalas de valoración física, psicológica y cognitiva (Barthel, MoCA, HAD, TEPT, SF12), dinamometría y pruebas respiratorias funcionales (espirometría y difusión) (PF). Resultados expresados como porcentaje, media  $\pm$  DE y mediana (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>). Se aplica t de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda.

**Resultados:** Se incluyen 37 pacientes (total de 50 supervivientes), 70% varones, edad 53  $\pm$  12, IMC 27 (25-32). APACHE-II 14 (11-16), Barthel 100. 24% dislipemia, 19% HTA, 8% diabetes, 13% asma o EPOC. Estancia UCI 20 (12-36) y hospitalaria 40  $\pm$  22 días. 95% ventilación mecánica (VM), 18 (10-29) días; resto O<sub>2</sub> alto flujo. 3 meses tras el alta: Barthel 100, 39% alopecia, 30% insomnio, 3% deglución alterada. 16% visitó Urgencias y 76% Atención Primaria. 51% fisioterapia. 19% baja laboral. 35% PF alteradas. 62% alteración de esfera física, 22% psicológica y 10% cognitiva (68% alguna alteración). Derivación a especialista (DE) 32%.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, la edad, estancia en UCI y hospitalaria y días de VM asocian mayor DCRF. Tras 3 meses, dos tercios presentan alteraciones compatibles con PICS y un tercio precisan DE.

**Resultados:** 31 pacientes (12,4% de los ingresados en UCI por COVID-19) precisaron traqueostomía. De ellos, 15 fallecieron (48,39%). Ambos grupos fueron similares en cuanto a edad (73 (IQR 57,2-74,9) vs. 74 años (IQR 67,3-73,8), p = 0,247), presencia de patologías previas (93,7% vs. 93,3%, p = 0,335) y APACHE II [13 (IQR 12-18,5) vs. 14 (IQR 9,5-18), p = 0,984]. El SOFA fue mayor en el grupo de fallecidos [4,5 (IQR 3-5,5) vs. 6 (IQR 5-7), p = 0,041]. La técnica predominante fue la percutánea (68,8% vs. 80%, p = 0,685), realizándose esta con una precocidad similar entre ambos grupos [23 días (IQR 16,2-26) vs. 20 (IQR 15-23), p = 0,281]. Entre las variables analíticas estudiadas, únicamente el dímero D [1.085 ng/ml (IQR 734-1.711) vs. 1.424 (IQR 1.120-2.319), p = 0,066] y la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> el día de la traqueostomía [237 (IQR 206-297) vs. 200 (IQR 138-224), p = 0,019], mostraron diferencias significativas. En cuanto a las variables clínicas, se observó una mayor tasa de problemas relacionados con el manejo de secreciones (obstrucción de cánula y aumento de presiones) en el grupo de fallecidos (6,3% vs. 40%, p = 0,055). Las complicaciones inmediatas (sangrado local y problemas ventilatorios como fuga o neumotórax) fueron mayores en el grupo de fallecidos (6,3% vs. 26,6%, p = 0,232). También las complicaciones tardías (sangrado y neumotórax diferidos) (31,3% vs. 66,7%, p = 0,014).

**Conclusiones:** En nuestra serie, la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> y el dímero D el día de realización de la traqueostomía fueron factores predictores de mortalidad. El manejo respiratorio y el empleo de fármacos anticoagulantes, podrían ser variables a considerar en la planificación, procedimiento y cuidados posteriores de la traqueostomía en pacientes graves COVID-19.

### 178. COMPARATIVA ENTRE LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA VERSUS ABIERTA EN EL PACIENTE COVID 19

Ruiz García A<sup>a</sup>, Higuera Lucas J<sup>b</sup>, Serrano Ferrer C<sup>a</sup>, Oñoro Morales A<sup>a</sup>, Molina Montero R<sup>a</sup>, Alcázar Sánchez-Elvira L<sup>a</sup>, Moge Sola L<sup>a</sup>, Araoz Illanes R<sup>a</sup>, Beltrán Hernández DR<sup>a</sup> y Nevado Losada E<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares. <sup>b</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal en Madrid.

**Objetivos:** Determinar las diferencias en complicaciones y mortalidad en relación con la realización de traqueotomía abierta vs percutánea en pacientes críticos COVID-19.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo en una UCI de un hospital de 2º nivel de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron a los pacientes ingresados por neumonía grave por COVID-19 que requirieron realización de traqueotomía. Dicha indicación incluyó la previsión de ventilación mecánica durante más de dos semanas y/o el desarrollo de polineuropatía del paciente crítico. El estudio se inició el 06/03/2020, interrumpiéndose el 30/05/2020. Se recogieron datos demográficos; antecedentes médicos personales; APACHE II; maniobras de pronó y relajación neuromuscular, días hasta realización de traqueotomía y mortalidad.

**Resultados:** De los 122 pacientes ingresados en UCI en ese tiempo, se realizaron 37 traqueotomías (30,8%), 32 de ellas bajo técnica percutánea. Aunque los grupos son heterogéneos, el análisis de edad, sexo y APACHE II fue comparable en ambos. Los pacientes en los que se realizó técnica abierta tenían más antecedentes cardiovasculares en comparación con los de la técnica percutánea, sin resultar estadísticamente significativo. La necesidad ventilación en pronó (81,2% vs 100%) y relajación neuromuscular (90% vs 100%), fue similar en ambos grupos, al igual que la media de días hasta la realización de la traqueotomía. La mortalidad global fue de un 29,7% (11/37), con un 28,2% en el grupo de las percutáneas y un 40% en el de las abiertas, sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa.

|                        | Percutánea | Abierta | p     |
|------------------------|------------|---------|-------|
| N                      | 32         | 5       |       |
| Edad (a)               | 60         | 55,4    | 0,3   |
| Sexo(H)                | 68,7%      | 80%     | 0,5   |
| APACHE II              | 14,15      | 18,2    | 0,11  |
| AP CV                  | 37,5%      | 80%     | 0,098 |
| AP pulmonares          | 9,3%       | 20%     | 0,45  |
| Otros AP               | 68,7%      | 80%     | 0,52  |
| Pronó                  | 81,2%      | 100%    | 0,4   |
| Relación neuromuscular | 90%        | 100%    | 0,64  |
| Día traqueotomía       | 10,9       | 11,8    |       |
| Mortalidad             | 28,2%      | 40%     | 0,47  |

## Pósteres orales

### Respiratorio

#### 177. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES COVID-19 TRAQUEOSTOMIZADOS

García Miguélez A, Campos Fernández S, Cherchi Pepe MS, Cuenca Fito E, Ballesteros Sanz MA, Corriols Noval P, López Simón EC, Rodríguez Martín M, Morales Angulo C y Rodríguez Borregán JC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

**Objetivos:** Estudiar y evaluar la asociación de variables clínicas y analíticas con la mortalidad de los pacientes COVID-19 traqueostomizados.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional unicéntrico de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por COVID-19, que precisaron traqueostomía como parte de su tratamiento. Periodo: 14 marzo-31 diciembre 2020. Se recogen variables demográficas, clínicas, y analíticas. Para el análisis se emplea prueba de U de Mann-Whitney o t-Student (variables cuantitativas) y prueba de  $\chi^2$  o test de Fisher (variables categóricas). Los datos se muestran como media y desviación estándar (DE), mediana y rango intercuartil (IQR), y valor absoluto (%).