

La SEMICYUC presenta el perfil de los pacientes críticos COVID-19 en España y analiza los datos registrados de mortalidad e infecciones

- **La mortalidad en las UCI se triplicó durante la primera ola de la pandemia con respecto a los datos anteriores a la COVID-19.**
- **Más de un tercio de los pacientes críticos sufrieron infecciones nosocomiales, siete veces más que en 2019. Un 88% de estas infecciones experimentaron respuesta sistémica grave, sobre todo sepsis.**
- **El 82% de los pacientes COVID-19 en las UCI necesitaron ventilación mecánica, el doble de lo que era habitual antes de la pandemia.**

Madrid, 29 de enero de 2021. El pasado miércoles 27, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) organizó un seminario virtual para analizar las ‘**Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en pacientes COVID-19 ingresados en UCI durante la primera ola de la pandemia**’ y presentar los primeros datos del Registro ENVIN 2020, el cual analiza las infecciones adquiridas en las UCI de nuestro país. El evento, que contó con la colaboración de Pfizer, fue moderado por los doctores Mercedes Catalán (Hospital 12 de Octubre, Madrid) y Xavier Nuvials (Hospital Vall d’Hebron, Barcelona).

Los datos que se presentaron del Registro ENVIN 2020 pertenecen a los pacientes ingresados en UCI entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2020, incluyendo las UCI extendidas. En total fueron 1.525 pacientes, repartidos en 61 UCI de 54 hospitales de todo el país. Como es habitual, se recogieron variables como la ubicación de los pacientes, factores de riesgo, comorbilidades, diagnóstico, tratamientos, etc.

PERFIL DEL PACIENTE CRÍTICO INGRESADO EN UCI EN LA PRIMERA OLA

El doctor Joaquín Lobo arrancó el seminario exponiendo las ‘**Características de los pacientes COVID-19 ingresados en UCI en la primera ola de la pandemia**’, lo que permitió establecer un **perfil preliminar de los enfermos críticos en aquel momento**. Así, los datos arrojan una media de edad de 62,6 años (el 61,7 % de los pacientes estaban en el rango entre 40 y 69 años) y un 71,54 % de varones. Esto supone un cambio con la tónica anterior al coronavirus en las UCI españolas, ya que tradicionalmente el rango más habitual era el de 40 a 59 años. Con la COVID-19 fueron los de 60-69 el grupo mayoritario.

En cuanto a **comorbilidades previas**, el Dr. Lobo indicó que las principales fueron la hipertensión arterial (44,33% de los pacientes), la dislipemia (28,72%), la obesidad (23,87%) y la diabetes (23,08%). “En general, los pacientes COVID-19 presentaron menos comorbilidades previas que los que solíamos atender antes de la pandemia”, explicó.

“Todos teníamos la sensación de que las **estancias** estaban siendo largas y así se ha demostrado, ya que la media es de 21 días, con una mediana de 16”, añadió el Dr. Lobo. Además, a mayor edad se pudo comprobar estancias más cortas, ya que fallecían también más temprano.

En cuanto al **soporte artificial**, el 82% de los pacientes necesitaron ventilación mecánica y un 14,2% requirieron técnicas de depuración extrarrenal. En 2019, solo el 40,18% de los pacientes necesitaban VM, y el 5,37% técnicas de depuración extrarrenal.

MORTALIDAD DURANTE LA PRIMERA OLA

De los casos estudiados en este corte del Registro ENVIN, fallecieron 471 pacientes (30,9 %). Como explicaron los doctores, se pudo ver una correlación clara entre la gravedad con la que entraban en las UCI y la mortalidad (cuanto más grave, menos tasa de supervivencia, llegando al 57% de mortalidad en los casos más graves). También la edad fue un factor ilustrativo: a más edad, mayor mortalidad. “Es espectacular el cambio de los indicadores de mortalidad, ya que antes del coronavirus era del 9,69%”, indicó el Dr. Lobo, es decir, **se triplica la incidencia**.

El Dr. Ricardo Gimeno (Hospital La Fe, Valencia), ahondó en este aspecto en su ponencia sobre el ‘Impacto clínico de la presencia de una IRAS en pacientes COVID-19’. Expuso el **perfil del paciente UCI fallecido**: “Son pacientes mayores, con una media de 67 años, sin apenas diferencias entre hombres y mujeres. Mueren más los que ingresan más graves y, aunque la estancia previa a la UCI es parecida, el número de días en UCI y en el hospital es menor en quienes fallecen”.

La tendencia de mortalidad es lineal según la **edad**. Solo un 8,1 % de los menores de 40 fallecieron, una cifra que asciende en cada tramo siguiente: 40-59 (18,4%), 60-69 (30,5%), 70-75 (41,8%), 75-79 (49,4%), hasta llegar a los mayores de 79, con una mortalidad del 58,6%.

Los pacientes de UCI que sufrieron una **infección** relacionada con la asistencia sanitaria presentaron también una mayor incidencia de mortalidad. El 37% de los pacientes con IRA fallecieron, por el 27,4% de quienes no tuvieron una infección. Lo contrario ocurre con los que tuvieron una cirugía previa o urgente, con mayor tasa de supervivencia.

En cuanto a los **dispositivos invasores**, los pacientes que fallecieron necesitaron de ellos en porcentajes por encima del 96% (catéter venoso central, ventilación mecánica y sonda uretral), así como mayor nutrición parenteral (17% frente a un 12,2% de los vivos) y depuración extrarrenal (26,5% frente al 8,7%).

Con respecto a la **técnica decúbito prono**, el 68,2% de los fallecidos fueron pronados. Sin embargo, el 52% de quienes superaron la enfermedad también. Como la tasa de infecciones entre pronados es también mayor, se debatió la idoneidad de aplicar esta técnica a los pacientes críticos. “No ponemos en duda la eficacia del decúbito prono, pero hay que hacerlo bien. Es cierto que se asocia a mayor infección, como demuestran los datos presentados. Esto nos obliga a hacer una llamada para que el decúbito prono se haga en las mejores condiciones y que todo el personal de las UCI encargado sepa hacerlo perfectamente, así como el mantenimiento del enfermo pronado”, explicó el Dr. Francisco Álvarez, uno de los responsables del Registro ENVIN e intensivista del Hospital del Mar (Barcelona).

INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS

La Dra. María Pilar Gracia (Hospital del Mar, Barcelona) expuso la experiencia respecto a las ‘Infecciones relacionadas con dispositivos invasores en pacientes COVID-19’. El registro ENVIN recogió 957 infecciones entre los 1.525 pacientes, de las que el 35 % fueron neumonías asociadas a ventilación mecánica (además, un 19% de infección del tracto urinario-sonda vesical y un 18% bacteriemia relacionada con catéter).

El **36,33% de los pacientes presentaron al menos una infección nosocomial relacionada con dispositivos invasores**, un dato que supone una importante subida con respecto al periodo pre-COVID, en el que **se llegó a bajar la incidencia por debajo del 5% en 2019**. “Esto se traduce en una tasa mayor general en las infecciones, tanto respecto al total de pacientes como al total de estancias”, explicó. “El 88% de las infecciones tuvo respuesta sistémica grave. De ellas, casi dos tercios fueron sepsis”.

INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

El Dr. Francisco Álvarez analizó en su ponencia los ‘Factores de riesgo relacionados con la aparición de una IRAS en pacientes COVID-19’. **El 49,2 % de los pacientes estudiados sufrió una de estas infecciones, la gran mayoría por dispositivos invasores** (el 73 % de ese grupo).

El doctor empezó trazando un **perfil de los pacientes críticos que sufrieron estas infecciones** durante la primera ola. Según el Registro ENVIN, se trata de enfermos con una media de 64,4 años de edad, generalmente varones (72,7 %) y con largas estancias en UCI y en planta hospitalaria. Fueron pacientes a los que se les suministró asistencia con dispositivos invasores (el 98% recibieron catéter venoso central, VM y/o sonda uretral) y que recibieron nutrición parenteral y depuración extrarrenal en un 21,7 y 22 % de los casos, respectivamente. “Estas dos últimas características triplican los datos sobre los pacientes que no registraron una infección”, comentó el Dr. Álvarez Lerma.

Los **enfermos pronados duplicaron la presencia de infecciones con respecto a los no pronados**. El 47,5% de los pronados experimentaron al menos una (por el 21,5 % de los no pronados). Además, cuanto mayor número de maniobras de pronación, más riesgo de infección (un 70,8 % de los pronados con cinco tandas o más sufrieron una infección”. También hubo más presencia de IRAS en los pacientes que recibieron corticoides. En cambio, aquellos que recibieron tratamiento inmunomodulador experimentaron menos infecciones.

USO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS PACIENTES COVID-19 CRÍTICOS

La doctora Naia Mas (Hospital de Galdakao-Usansolo, Bilbao) cerró el seminario analizando la incidencia del ‘Tratamiento antimicrobiano e inmunomodulador en los pacientes Covid-19 ingresados en UCI’. El uso de antibióticos durante la primera ola, como matizó la doctora, se hizo con apenas datos previos, en un contexto de mucha incertidumbre científica publicada. Así, los intensivistas se basaron en tratamientos que ya habían funcionado en otro tipo de virus.

Durante la primera ola, **recibieron antibióticos el 91,93% de los pacientes** que fueron analizados en el Registro ENVIN 2020. Sin embargo, **“adecuados solo se consideraron el 18,36% de los tratamientos”**, puntualizó la doctora. Las indicaciones de antibióticos fueron especialmente al ingreso, destacando el uso de Meropenem y Linezolid para tratar las infecciones adquiridas en la UCI. Eso sí, menos de la mitad fueron para tratar infecciones adquiridas en UCI.

El tratamiento corticoideo fue administrado al 62,43% de los pacientes UCI COVID-19 de la primera ola. Sin embargo, las prescripciones fueron heterogéneas en dosis y duración de tratamientos, por lo que no se ha podido trazar un perfil concreto.

El seminario contó con una alta participación de intensivistas y se enmarca dentro de las actividades de divulgación y difusión del Registro ENVIN y el trabajo de contingencia de la COVID-19 en las UCI españolas. Las ponencias estarán disponibles en la web de la SEMICYUC para su consulta.

Acerca de SEMICYUC. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) fue creada en 1971 como asociación científica, multidisciplinaria y de carácter educativo. Está formada principalmente por médicos especialistas en Medicina Intensiva, con la misión de promover la mejora en la atención al paciente críticamente enfermo. En la actualidad cuenta con más de 2.600 socios. Ha creado y desarrollado en su seno diversos grupos de trabajo y proyectos de investigación, además de colaborar estrechamente con las distintas Sociedades Autonómicas, con las que comparte misión y objetivos. A lo largo de estos años, la especialidad de Medicina Intensiva ha tenido que afrontar nuevos retos y compromisos, siempre en colaboración con otras especialidades.