

Figura 2 Póster 272

TABLA 2. Relación entre mortalidad a los 30 días y ADE o VPM elevados al estratificarlo por edad.

n(%)	EXITUS	NO EXITUS	p-valor
ADE			
<50años	1 (7,7)	4 (20)	0,335
51-60años	2 (15,4)	3 (15)	0,976
61-70años	7 (53,8)	8 (40)	0,435
71-80años	3 (23,1)	5 (25)	0,900
VPM			
<50años	1 (5,3)	5 (21,7)	0,129
51-60años	4 (21,1)	3 (13)	0,488
61-70años	8 (42,1)	11 (47,8)	0,711
71-80años	6 (31,6)	4 (17,4)	0,283

Pósteres online

Nefrología/Depuración extrarrenal

273. INCIDENCIA DE FRACASO RENAL AGUDO Y NECESIDAD DE TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2; EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Cordón Abalde A, Torrens Sonet M, Flores Orella M, Segarra Martínez-Sahuquillo A, Mateo Marquina L, Martos Mendizábal M, Izura Gómez M, Baldirá Martínez de Irujo J, Santos Rodríguez JA y Mancebo Cortés J

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Describir la incidencia de fracaso renal agudo (FRA) en los pacientes críticos con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 ingresados durante los meses de octubre y noviembre de 2020 en nuestro servicio de Medicina Intensiva.

Métodos: Se realiza un registro prospectivo unicéntrico en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) polivalente de un hospital de tercer nivel. Se incluyen de forma consecutiva todos los pacientes adultos (> 18 años) con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 ingresados en el SMI durante los meses de octubre y noviembre de 2020. La variable principal a estudio fue la presencia de FRA según la clasificación AKI en los pacientes registrados. Fueron analizadas otras variables demográficas, clínicas, así como datos de mortalidad durante el ingreso en UCI.

	Fracaso renal agudo (n = 16)	No fracaso renal agudo (n = 41)	P
Varones	n = 9 (56%)	n = 29 (71%)	0,297
Edad	71 (75-65)	63 (70-53)	0,0162
APACHE II	16 (22-14)	11 (12-7)	0,0001
ERC	n = 7 (44%)	n = 7 (17%)	0,036
Días de estancia en SMI	11 (20-6,5)	7 (14-3)	0,1199
Necesidad de ventilación mecánica	n = 15 (93,8%)	n = 26 (63,4%)	0,022
Mortalidad en SMI	n = 7 (43,7%)	n = 6 (14,6%)	0,019

Resultados: Se recogieron datos de un total de 57 pacientes, de los cuales un 67% (n = 38) eran hombres. La mediana de edad fue de 66 años RIQ (56-73), con una mediana de APACHE II 12 RIQ (8-16) y SAPS II 28 RIQ (18-36). La mediana de días de ingreso en UCI fue de 7 RIQ (3-14). La incidencia de enfermedad renal crónica (ERC) en estos pacientes fue del 24,6% (n = 14). Se registró una incidencia de FRA del 28% (n = 16), de los cuales el 37,5% (n = 6) fueron clasificados como AKI I, 18,7% (n = 3) AKI II y 43,7% (n = 7) AKI III. Dentro de los pacientes con fracaso renal agudo, un 43,7% (n = 7) requirió terapias de sustitución renal. La mortalidad descrita en los

pacientes que presentaron FRA fue de 43,7%, siendo del 14,6% en aquellos sin FRA, siendo este resultado estadísticamente significativo (p = 0,019).

Conclusiones: En nuestra muestra, el 28% de pacientes presentaron FRA según la clasificación AKI, con una mayor mortalidad respecto a los que no presentaron FRA. Un 43,7% de pacientes que presentaron FRA requirieron terapias de reemplazo renal.

Pósteres online

Neurointensivismo/Traumatisms

274. MORBIMORTALIDAD Y VASOESPASMO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Alonso Martínez P, Bringas Bollada M, Blesa Malpica A, Gil Conde A, García-Perrote S, Calle M, Palazón A, Galbán C, Pardo Rey C y Sánchez M

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: El vasoespasmismo se considera la complicación responsable del 20% de la morbilidad en la hemorragia subaracnoidea (HSA). Estudiar los factores asociados al vasoespasmismo para optimizar la prevención, el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA entre julio 2012 y diciembre del 2020. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero, al no ajustarse a una distribución normal. Descriptivo. Análisis bivariados mediante t-Student y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

Resultados: Se analizaron 294 pacientes. El 62,1% fueron mujeres. El 60,52% fueron menores de 65 años. El 60,2% presentaron Fisher III o IV. El 77,3% fueron aneurismas, el 1,05% son fistulas y el 4,74% fueron MAV. En el 67,8% de los casos se realizó tratamiento endovascular de la lesión, de ellos solo el 17,3% preciso DVE. El tiempo de demora entre ingreso y tratamiento fue de 1 día de mediana (q25: 0; q75: 1) La incidencia de vasoespasmismo fue del 14,21%, y de resangrado 9,47%. La mortalidad durante el ingreso hospitalario fue del 9,5%. El vasoespasmismo se presentó en 28 pacientes (27 de los que presentaban HSA espontánea). Hubo diferencia significativa entre la demora del tratamiento endovascular y la presencia de vasoespasmismo. Demora con vasoespasmismo de $1,9 \pm 3,05$ frente a no vasoespasmismo $0,88 \pm 1,59$. p = 0,1. Los pacientes con vasoespasmismo tenía $51,96 \pm 12,06$ años frente a $58,9 \pm 17$, p = 0,009.

Conclusiones: La epidemiología de la HSA en cuanto a incidencia, edad y distribución por sexo no difiere de la descrita en la literatura. La mayoría de los vasoespasmos ocurren en la HSA espontánea. A más demora en el tratamiento de la lesión se observa más vasoespasmismo, así como más incidencia de vasoespasmismo en jóvenes.