

zo-junio de 2020) en la UCI y REA del hospital universitario de La Princesa de Madrid. Se recogieron variables epidemiológicas y de evolución (score SOFA) en los pacientes ingresados. Se definió la presencia de FMO como la presencia de fracaso de 2 o más órganos según la escala SOFA. El análisis estadístico fue realizado mediante software SPSS 15. Las variables cuantitativas se describen como media ± desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se describen como porcentajes.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 103 pacientes. La edad media fue de 63,1 años (DE ± 9,8), siendo el 70,9% varones. La media del índice de APACHE II fue de 15,4 (DE ± 9,8) y de SAPS II de 37,3 (DE ± 11,7). Presentaron FMO previo al ingreso un 42,7% (n = 103), en las primeras 24 horas el 66% (n = 103), y el 60,2% al séptimo día (n = 88). La puntuación media de SOFA durante las 24 horas previas al ingreso fue de 4,3 puntos (DE ± 1,5), en las primeras 24 horas de 5,7 (DE ± 2,2), y al séptimo día de ingreso de 5,1 puntos (DE ± 2,9). El fracaso orgánico más frecuente fue el respiratorio (100% previamente y en las primeras 24hs y al séptimo día), el segundo el renal (17,48% previamente al ingreso y el hemodinámico en las 24 hs y al séptimo día (52,4% y 36,4% respectivamente). El fracaso orgánico menos frecuente fue el neurológico con unos porcentajes de 7,8%, 6,8% y 2,3% respectivamente. El soporte respiratorio invasivo fue necesario en el 87,4% de los enfermos, el no invasivo en un 54,4%. En 12 pacientes (11,7%) fue preciso la utilización de técnicas de sustitución renal y en 5 pacientes ECMO.

Conclusiones: La presencia de FMO es común en pacientes que precisan ingreso en UCI con infección por SARS-CoV-2. El fracaso respiratorio fue el más frecuente en todos los periodos estudiados.

Pósteres orales

Metabolismo/Nutrición

205. ANÁLISIS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TERAPIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Valenzuela Sánchez F^(a), Xu E^(b), Tejada S^(c), Solé Lleonart C^(d), Campogiani L^(e), Koulenti D^(f) y Rello J^(g). *Grupo de investigación:* CIBERES, Barcelona

^(a)Hospital Universitario de Jerez; CIBERES en Jerez de la Frontera. ^(b)UQ Centre for Clinical Research, University of Queensland en Brisbane, Australia. ^(c)CRIPS Vall d'Hebron Institut of Research (VHIR); CIBERES en Barcelona. ^(d)Hospital Universitari de Vic en Vic. ^(e)Clinical Infectious Diseases, Tor Vergata University en Roma, Italia. ^(f)Attikon University Hospital en Atenas, Grecia. ^(g)CRIPS Vall d'Hebron Institut of Research (VHIR), CIBERES en Barcelona.

Objetivos: El objetivo fue evaluar la calidad de la evidencia que respalda las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) para la terapia de nutricional en pacientes de cuidados intensivos.

Métodos: El nivel de evidencia (LOE) y la solidez de las recomendaciones de las guías se estandarizaron al sistema de Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluación (GRADE). La LOE se clasificó como de alta calidad (ensayos controlados aleatorios (ECA) sin

Figura 1 Póster 205

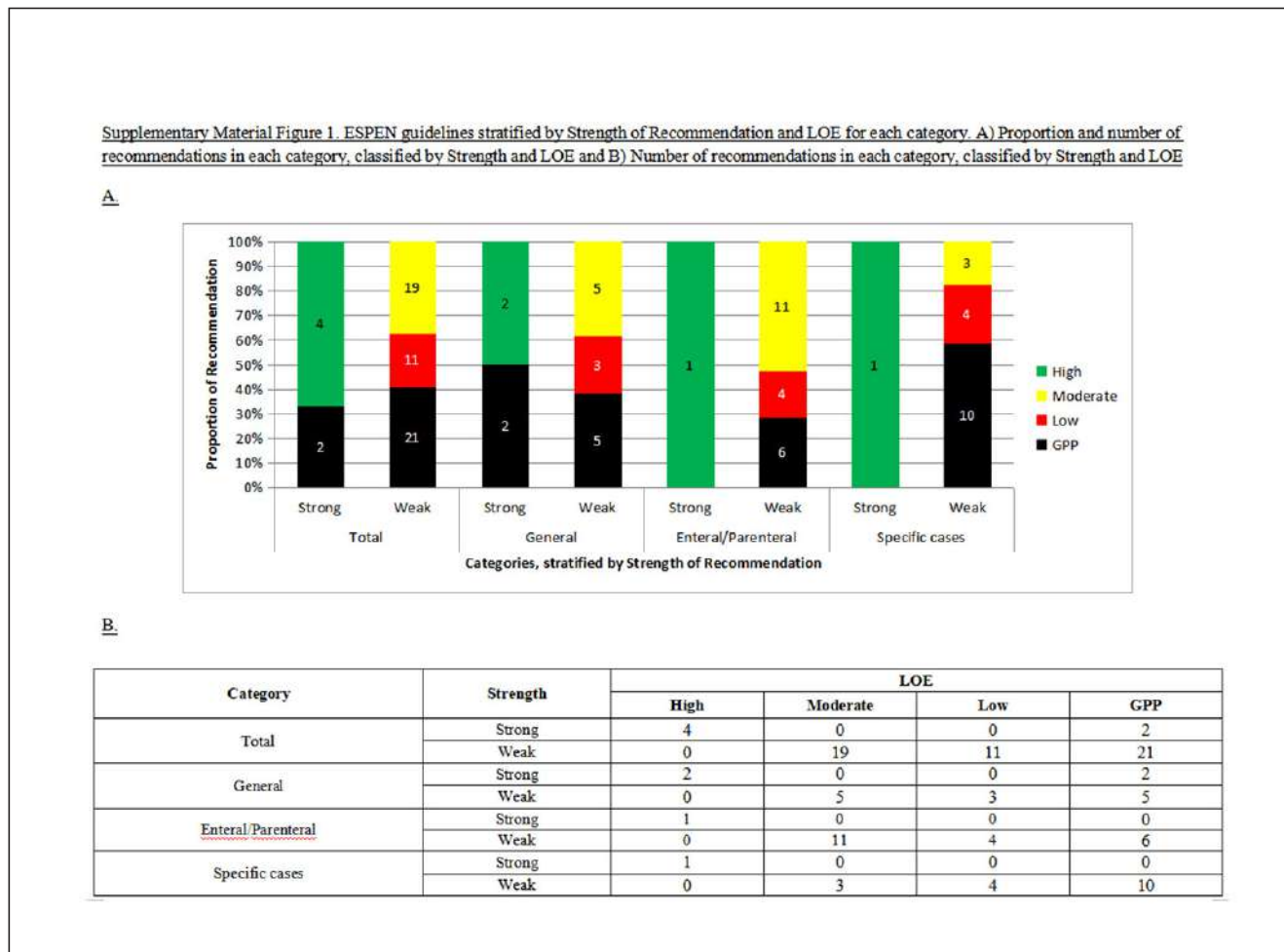
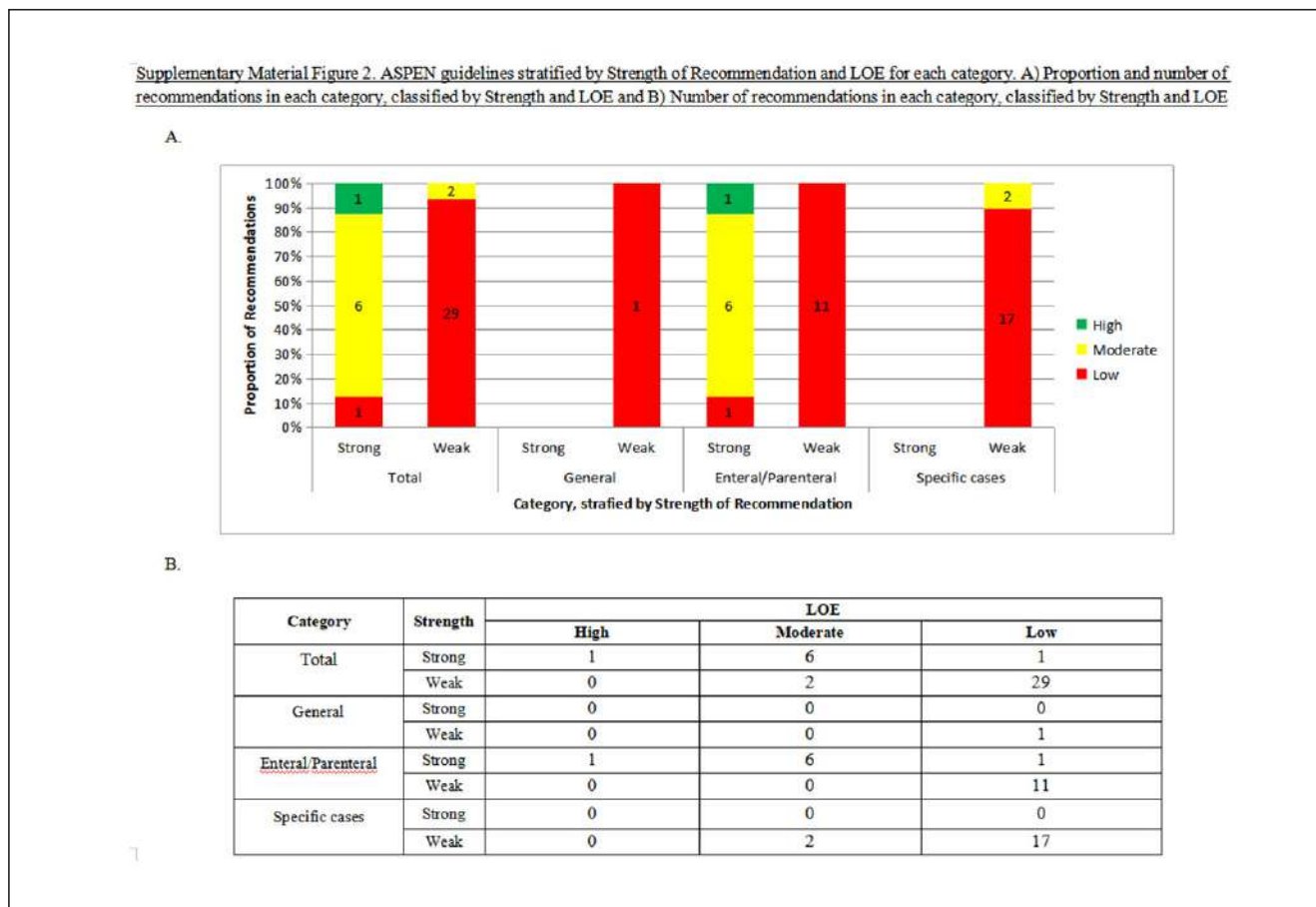


Figura 2 Póster 205



limitaciones importantes), de calidad moderada (ECA degradados o estudios observacionales actualizados) o de baja calidad (estudios observacionales sin fortalezas especiales o limitaciones importantes, series de casos, informes de casos). Además, se consideraron los puntos de buenas prácticas (GPP; recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía). La fuerza de la recomendación se informó como fuerte o débil.

Resultados: Se identificaron dos importantes GPC: de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) de 2019 y de la Sociedad Estadounidense de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) de 2016. Del total de 152 recomendaciones, solo 5 (3,3%) fueron respaldadas por evidencia de alta calidad, a pesar de que 14 eran recomendaciones sólidas. Un total de 79 (52%) recomendaciones fueron GPP. En general, la proporción de recomendaciones respaldadas por pruebas de alta calidad (7% [ESPEN] frente a 1,1% [ASPEN], $p < 0,05$) y de calidad moderada (33,3% [ESPEN] frente a 8,4% [ASPEN], $p < 0,01$) significativamente mayor en las pautas ESPEN. Por otro lado, las guías ASPEN informaron una mayor proporción de recomendaciones respaldadas por GPP (58,9% [ASPEN] vs. 40,4% [ESPEN], $p = 0,03$). En nutrición enteral y parenteral, la proporción de recomendaciones respaldadas por evidencia de calidad moderada es significativamente mayor en las guías ESPEN (50% [ESPEN] vs. 15,8% [ASPEN], $p < 0,01$). ESPEN ofrece un total de 18 recomendaciones con respecto a casos específicos. La mayoría se basó en GPP ($n = 10/18$, 55,6%) y solo una recomendación se basó en evidencia de alta calidad (5,6%). En las Guías ASPEN, en comparación, de 52 recomendaciones para circunstancias específicas, 33 (63,5%) fueron GPP y ninguna fue respaldada por evidencia de alta calidad.

Conclusiones: Las recomendaciones siguen estando ampliamente respaldadas por la opinión de expertos o de evidencia de baja calidad, lo que implica recomendaciones controvertidas.

206. ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA: ESTUDIO PILOTO

Berbel Franco D^(a), López Delgado JC^(a), Alía Ramos P^(a), Padró Miquel A^(a), Dastis Arias M^(a), Ávila Espinoza RE^(a), Berbel Navarro P^(b), Salas Lucia F^(b), Serra Paya P^(a) y Mañez Mendiluce R^(a)

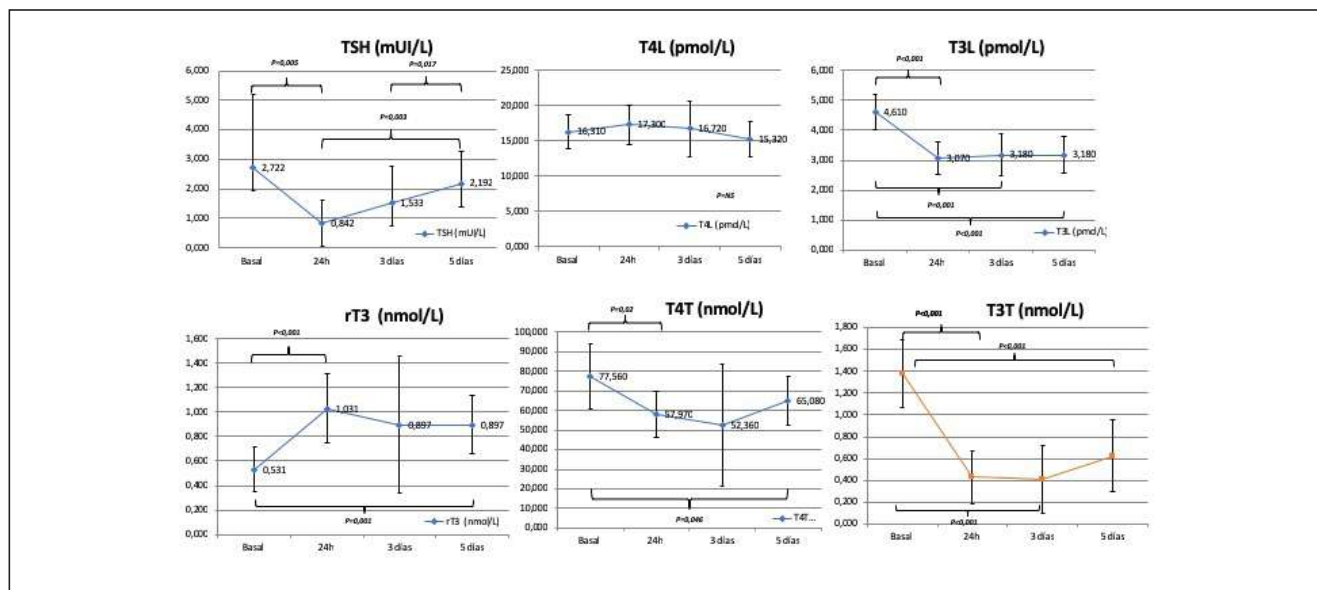
^(a)Hospital Universitari de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ^(b)Universidad Miguel Hernández en Alicante.

Objetivos: Evaluar la función tiroidea tras la respuesta inflamatoria producida por cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado desde abril a junio de 2018. Se recogieron las características demográficas y antecedentes de los pacientes, características de la cirugía, datos de laboratorio y complicaciones posquirúrgicas. Se estudió el perfil tiroideo que incluía tiroxina libre (TSH), tiroxina libre (T4L) y total (T4T), triyodotironina libre (T3L), total (T3T) y reversa (rT3) antes de la cirugía, a las 24h de ingreso en UCI, al tercer y al quinto día. Se recogieron aquellos fármacos que potencialmente pueden alterar la función tiroidea. Se realizó un análisis estadístico para evaluar la evolución de la función tiroidea.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes de edad: $66,7 \pm 4,5$ años, IMC: $29,9 \pm 5,6$ Kg/m² y APACHE: $15,8 \pm 4$. Seis fueron sometidos a procedimientos valvulares y 4 a Bypass, con un tiempo de CEC: 102 ± 23 min. Respecto las complicaciones hubo 1 éxitus, tres pacientes requirieron vasopresor e inotropo > 24 h. Se observaron cambios significativos ($p < 0,001$) en las primeras 24h de ingreso en los niveles de TSH, T3L, T3T y rT3. La TSH sufrió un descenso significativo con posterior recuperación, mientras que los niveles de T3L y la T3T descendieron significativamente, manteniéndose igualmente bajos después. Los niveles de T4T se mantuvieron normales, resultando un descenso del T4T/T3T en las primeras 24h del $39,4 \pm 10,0\%$. En paralelo, la rT3 tuvo un ascenso sig-

Figura Póster 206



nificativo las primeras 24h, manteniéndose luego en niveles altos (ver gráficos). Estos datos sugieren que a nivel periférico la respuesta inflamatoria incrementa la expresión de desyodasa de tipo 3 muy rápidamente, observándose un incremento de la rT3 en las primeras 24 horas de un $46,6 \pm 15,5\%$ respecto a los niveles basales. No se objetivaron correlaciones con datos de laboratorio asociados a inflamación o mala perfusión (leucocitos, linfocitos, lactato y proteína C reactiva).

Conclusiones: En nuestro estudio piloto inicial, objetivamos una alteración del perfil tiroideo compatible con el NTIS (síndrome del enfermo no tiroideo) durante el posoperatorio inmediato, ya que los niveles de TSH se mantienen normales o bajos y los de T4L se mantienen normales, mientras que los de rT3 aumentan significativamente a partir de las 24h de ingreso.

207. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL E INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

López Delgado JC, Fernández Olivares G, Muñoz del Río G, Corral Vélez V, Ávila Espinoza RE, González del Hoyo S, Latorre Feliu N, Sanz Mellado C, Martínez Medán M, Serra Paya P

Hospital Universitari de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos: Evaluar la influencia del estado nutricional en los resultados y el pronóstico de pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde 2011 a 2015. Se evaluó el estado nutricional preoperatorio mediante el Prognosis Nutritional Index (PNI). Asimismo, se recogieron variables preoperatorias, intraoperatorias, scores pronósticos, complicaciones postoperatorias y mortalidad hospitalaria y a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 1.279 pacientes: edad media de 67 (59-73,43) años; 68,49% (876) fueron hombres; IMC: $27,3 (24,9-30) \text{ Kg/m}^2$; APACHE II: 12 (9-15). El 54,03% (691) fueron cirugías valvulares y el 40,27% (515) coronarios. La mortalidad hospitalaria fue del 6,8% (87). Los pacientes se clasificaron según los valores de PNI en tres subgrupos: normal 64,8% (829), moderado 20% (256) y grave 15,2% (194). El análisis univariante entre subgrupos identificó mayores complicaciones postoperatorias y mortalidad en los subgrupos con peor PNI. El análisis multivariante mostró mayor estancia media hospitalaria (24 (16-33) vs. 29,5 (21,75-41) días; OR: 1,015; IC95% 1,006-1,024; $p = 0,001$) en el subgrupo moderado al compararlo con el normal. Asimismo, se objetivó un mayor grado de disfunción renal (93 (77-115) vs. 113 (83-169) $\mu\text{mol/L}$ de creatinina; OR: 1,003; IC95% 1,001-1,005; $p = 0,005$), una mayor estancia media hospitalaria (24 (16-33) vs. 33 (24-49) días; OR: 1,022; IC95% 1,009-1,034; $p < 0,001$) y un mayor tiempo en ventilación mecánica (14 (8-20) vs. 18 (10-68) horas; OR: 0,998; IC95% 0,996-0,999; $p = 0,01$) en el subgrupo de pacientes con PNI grave en comparación con el subgrupo normal.

Conclusiones: Un mayor PNI se asoció a mayores complicaciones posoperatorias (renales y respiratorias) tras cirugía cardíaca, así como a una mayor estancia hospitalaria en nuestra población.

208. ¿INFLUYE EL SOPORTE NUTRICIONAL EN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO?

López Delgado JC^(a), Servià Goixart LL^(b), Grau Carmona T^(c), Trujillano Cabello J^(b), Mor Marco E^(d), Bordejé Laguna ML^(d), Lorenzo Cardenas C^(e), Portugal Rodríguez E^(f), Vera Artázcoz P^(g) y Macaya Redín L^(h). Grupo de investigación: GTMyN de SEMICYUC

^(a)Hospital Universitari de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ^(b)Hospital Arnau de Vilanova en Lleida. ^(c)Hospital 12 de Octubre en Madrid. ^(d)Hospital Germans Trias i Pujol en Badalona (Barcelona). ^(e)Hospital Universitari Josep Trueta en Girona. ^(f)Hospital Clínico Universitario en Valladolid. ^(g)Hospital de Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. ^(h)Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Evaluar el impacto del soporte nutricional artificial (SNA) y sus características en la supervivencia del paciente crítico.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico nacional (37 hospitales) desde abril a junio de 2018, realizado en UCI de toda España (Registro NCT: 03634943). Se recogieron datos demográficos y comorbilidades, motivo de ingreso y valoración nutricional, tipo de SNA, características (incluyendo dosis calórica-proteica administrada hasta los 14 días), y complicaciones asociadas, necesidades de soporte vital, morbilidades y mortalidad. El análisis estadístico se realizó de manera independiente mediante análisis univariante y multivariante (SPSS 20.0).

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes: edad media de $61,8 \pm 15$ años; 67,6% fueron hombres; IMC: $27,7 \pm 5,2 \text{ Kg/m}^2$; APACHE II: 20 (14-25). El 62,8% fueron pacientes médicos. La estancia media en UCI y hospitalaria fue de 13 (8-22) y 27 (16-45) días respectivamente. Se objetivó malnutrición en el 42,2% de los pacientes (VSG). La mortalidad fue del 25,6% a los 28 días. El grupo no superviviente tenía mayores comorbilidades, una mayor proporción de pacientes médicos (59,6% vs. 72%; $p = 0,04$), mayor gravedad al ingreso (APACHE II: 19 (14-24) vs. 23 (17-27); $p < 0,001$), un peor estado nutricional y un mayor riesgo nutricional (NUTRIC: $3,8 \pm 2,1$ vs. $5,2 \pm 1,7$; $p < 0,001$) al ingreso. No hubo grandes diferencias respecto al tipo, dosis, complicaciones de SNE recibidas entre los dos grupos, excepto una tendencia a recibir una menor dosis de proteína en los no-supervivientes. Los no supervivientes requirieron en mayor proporción soporte hemodinámico (70,4% vs. 83,5%; $p = 0,001$) y terapias de reemplazo renal (12,2% vs. 23,2%; $p = 0,001$). Un NUTRIC Score elevado (HR: 1,209; IC95% 1,109-1,318; $p < 0,001$) se asoció a una mayor mortalidad mientras que una mayor proporción de dosis

proteica se asoció a menor mortalidad (HR: 0,983; IC95% 0,976-0,990; $p < 0,001$) en el análisis multivariado.

Conclusiones: El riesgo nutricional y la dosis proteica son factores que se asociaron a la mortalidad en el paciente crítico. Una mayor dosis proteica podría ser un factor que impactase positivamente en la supervivencia de estos pacientes.

209. ¿CÓMO INFLUYEN EN LOS PACIENTES LOS DIFERENTES TIPOS DE SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL?

Servià Goixart L^(a), López Delgado JC^(b), Martínez Carmona JF^(c), Marín Corral J^(d), Monge Donaire D^(e), Llorente Ruiz B^(f), Iglesias Rodríguez R^(g), Martínez de Lagrán I^(h), Yébenes Reyes JC⁽ⁱ⁾ y Grau Carmona T^(j). *Grupo de investigación:* GTMyN de SEMICYUC

^(a)Hospital Arnau de Vilanova en Lleida. ^(b)Hospital Universitari de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ^(c)Hospital Regional Carlos Haya en Málaga. ^(d)Hospital del Mar en Barcelona. ^(e)Hospital Virgen de la Concha en Zamora. ^(f)Hospital Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares (Madrid). ^(g)Hospital de Granollers en Granollers. ^(h)Hospital de Mataró en Mataró. ⁽ⁱ⁾Hospital 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Evaluar el impacto de los diferentes tipos de soporte nutricional artificial (SNA) en la administración y dosis nutricional recibida, así como en los resultados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico ($n = 37$) nacional desde abril a junio de 2018 (NCT:03634943). Se evaluaron las características de los pacientes, tipo de SNA recibida, las necesidades de soporte vital y la mortalidad. Se analizaron las diferencias estadísticas existentes según el tipo de SNA recibido de manera independiente, ajustado según los días de SNA (SPSS 20.0).

Resultados: Los pacientes ($n = 639$) recibieron únicamente nutrición enteral (NE) y parenteral (NP) como SNA en el 63,4% y el 18,2% respectivamente. El resto recibieron ambos tipos de SNE: EN-PN (6,7%) o PN-EN (11,7%). La mortalidad fue del 25,6% a los 28 días. La población que recibió NE en comparación con la NP tenía una mayor necesidad de soporte ventilatorio invasivo (HR: 6,950; IC95% 1,120-7,766; $p < 0,001$). Los pacientes en NP recibieron mayor dosis calórica (HR: 1,201; IC95% 1,136-1,269; $p < 0,001$). La NE recibió menores necesidades de terapias de reemplazo renal (HR: 0,227; IC95% 0,108-0,476; $p < 0,001$), así como una mayor adherencia a la administración de NE precoz (HR: 2,313; IC95%: 1,130-4,763; $p = 0,022$) y menos complicaciones relacionadas con la NE (HR: 0,264; IC95% 0,133-0,527; $p < 0,001$) en comparación con el grupo NE-NP. Asimismo, recibió menor soporte con DVA (HR: 0,234; IC95% 0,089-0,612; $p = 0,003$), así como mayor aporte calórico medio (HR: 1,229; IC95% 1,163-1,229; $p < 0,001$) y también menos complicaciones relacionadas con la NE (HR: 0,469; IC95% 0,259-0,850; $p = 0,013$). La NP presentó menor mortalidad respecto al grupo NE-NP (HR: 0,321; IC95% 0,134-0,335; $p = 0,02$), y recibió un menor soporte calórico (HR: 0,841; IC95% 0,764-0,925; $p < 0,001$) en comparación con el subgrupo PN-EN. Cuando comparamos los subgrupos que recibieron ambos tipos de nutrición, objetivamos mayores complicaciones asociadas a la NE (HR: 2,983; IC95% 1,102-8,07; $p = 0,032$), menores necesidades de DVA (HR: 0,181; IC95% 0,049-0,668; $p = 0,01$) y mayor mortalidad en el subgrupo NE-NP (HR: 3,149; IC95% 1,055-9,398; $p = 0,04$).

Conclusiones: Los diferentes tipos de SNA influyeron en la dosis calórica, las complicaciones asociadas al SNA y en los resultados. Los pacientes que no toleran la NE fueron el grupo de mayor riesgo de mortalidad en nuestra población.

210. FARMACONUTRICIÓN CON FÓRMULAS INMUNOMODULADORAS EN EL PACIENTE CRÍTICO: UNA VISIÓN GLOBAL

Grau Carmona T^(a), García Fuentes C^(a), Gero Escapa M^(b), Servià Goixart L^(c), Martín Luengo A^(d), Gastaldo Simeón R^(e), Navas Moya E^(f), Menor Fernández EM^(g), Flordelis Lasiera JL^(h) y López Delgado JC⁽ⁱ⁾. *Grupo de investigación:* GTMyN de SEMICYUC

^(a)Hospital 12 de Octubre en Madrid. ^(b)Hospital Universitario de Burgos en Burgos. ^(c)Hospital Arnau de Vilanova en Lleida. ^(d)Hospital Río Hortega en Valladolid. ^(e)Hospital de Manacor en Manacor (Mallorca). ^(f)Hospital Mutua de Terrassa en Terrassa (Barcelona). ^(g)Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo (Pontevedra). ^(h)Hospital Universitario Severo Ochoa en Leganés (Madrid). ⁽ⁱ⁾Hospital Universitari de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos: Evaluar el impacto de las fórmulas enterales inmunomoduladoras (IMN) en comparación con el resto de fórmulas en términos de resultados y en la administración del propio soporte nutricional artificial (SNA).

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico nacional (37 hospitales) desde abril a junio de 2018, realizado en UCI de toda España (Registro NCT: 03634943). Se evaluaron las características de los pacientes, la dosis calórico-proteica, las necesidades de soporte vital y la mortalidad. Se analizaron las diferencias estadísticas existentes según la administración de fórmulas IMN y la tipología del paciente.

Resultados: Se incluyeron 525 pacientes que recibieron nutrición enteral (NE) en algún momento de la evolución, de los cuales 406 (77%) recibieron exclusivamente NE. El 16,57% de los pacientes recibió fórmulas IMN. La edad fue de $61,33 \pm 15,01$ años, IMC: $27,86 \pm 6,06$ Kg/m², la mayoría eran pacientes médicos (68%), la malnutrición fue del 38,58% (VSG) y el riesgo nutricional medio del $4,17 \pm 2,14$ (NUTRIC). La mortalidad a los 28 días fue del 26,1% y las fórmulas IMN no se asociaron a menor mortalidad en comparación con el resto de fórmulas al comparar el subgrupo de supervivientes con no supervivientes. Sin embargo, se objetivó una menor necesidad de soporte vasoactivo en aquellos pacientes que recibieron fórmulas IMN en comparación con aquellos que recibieron NE en algún momento, y una menor necesidad de soporte vasoactivo (75,6% vs. 60,66%; OR: 0,490; IC95% 0,260-0,910; $p = 0,023$) y de terapias de soporte renal (HR: 0,130; IC95% 0,010-0,650; $p = 0,049$) en el grupo de pacientes que únicamente recibieron NE. El uso de fórmulas IMN se asoció a una mayor dosis media proteica durante el SNA ($0,74 \pm 0,34$ vs. $0,9 \pm 0,31$ g/Kg/d; OR: 6,230; IC95% 2,590-15,540; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las fórmulas IMN se asociaron a una menor necesidad de soporte vasoactivo y terapias de reemplazo renal en el paciente crítico, así como a mayor dosis proteica.

211. COMPORTAMIENTO E IMPLICACIONES DE LA HIPERGLUCEMIA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ARTIFICIAL

Lorenzo Cárdenas C^(a), López Delgado JC^(b), Servià Goixart L^(c), Grau Carmona T^(d), Trujillano Cabello J^(e), Bordejé Laguna L^(e), Mor Marco E^(e), Vera Artázcoz P^(f), Portugal Rodríguez E^(g) y Macaya Marín L^(h). *Grupo de investigación:* Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición

^(a)Hospital Universitari Dr. Josep Trueta en Girona. ^(b)Hospital Universitari de Bellvitge en Barcelona. ^(c)Hospital Universitari Arnau de Vilanova en Lleida. ^(d)Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^(e)Hospital Universitari Germans Trias i Pujol en Badalona. ^(f)Hospital Universitari de Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. ^(g)Hospital Clínico Universitario de Valladolid en Valladolid. ^(h)Hospital de Navarra en Pamplona.

Objetivos: La hiperglucemia es un fenómeno frecuente en el paciente crítico, que se ha relacionado directamente con su morbimortalidad. El objetivo de este estudio es evaluar el comportamiento de la glucemia en los pacientes que requieren soporte nutricional artificial.

Métodos: Se analizaron todos los datos relativos al comportamiento de la glucemia en los pacientes incluidos en el estudio ENPIC (NCT: 03634943) registro multicéntrico sobre las prácticas nutricionales del paciente crítico en 37 UCI españolas, del 23 de abril de 2019 al 15 de junio de 2019).

Resultados: Se incluyeron un total de 629 pacientes: 67,6% hombres, con edad media de $61,8 (\pm 15)$ años e IMC medio de $27,7 (\pm 5,2)$. APACHE II medio de 20. El tiempo medio hasta el inicio de la terapia nutricional fue de 28h, el 63,4% recibió nutrición enteral, el 18,2% parenteral y el 18,4% mixta. El 14,8% de los pacientes mantuvo la glucemia < 120 mg/dL (Grupo A), el 27,5% entre 120 y 139 mg/dL (Grupo B), el 35,8% entre 140 y 179 mg/dL (Grupo C) y 21,9% > 180 mg/dL (Grupo D). La mortalidad fue superior en los grupos con peor control glucémico (A = 15,1%, B = 19,7%, C = 27,1% y D = 37,7%) ($p < 0,05$). Los pacientes más añosos presentaron peor control glucémico (A = 51,8 años, B = 59,4, C = 64 y D = 67,7) ($p < 0,05$). Así mismo, los pacientes con antecedentes de HTA (43,9%), DM (25,9%), cardiopatía (14,6%) o EPOC (17,2%), presentaron peor control glucémico ($p < 0,05$). El IMC medio fue mayor en los grupos de peor control glucémico (D = 28,9, C = 28, B = 27,2, A = 26,1) ($p < 0,05$).

Conclusiones: A pesar de que las guías recomiendan controlar la glucemia del paciente crítico por debajo de 150 mg/dL, más de una tercera parte de los pacientes presentaron glucemias superiores. La hiperglucemia se asoció a una mayor mortalidad en nuestra serie. Los pacientes más añosos, con IMC más elevado y con presencia de comorbilidades como la HTA, DM, cardiopatías o EPOC, presentaron un peor control glucémico.

212. SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN: CRIBADO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN RIESGO DENTRO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN ZERO. RESULTADOS 2019

García Redruello C, Porral Sánchez B, Menor Fernández EM, García Sagastume A, Segura Pensado M, Touceda Bravo A, Rodríguez Fernández MJ, Chico Carballas JI, Vara Adrio S y Lage Cendón L.
Grupo de investigación: Desnutrición Zero HAC-SERGAS

Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo.

Objetivos: Analizar la prevalencia de pacientes en riesgo de Síndrome de Realimentación (SR) y su posterior confirmación diagnóstica; tras la implementación de un sistema de cribado dentro del "Programa Desnutrición Zero (DZ)" en la UCI del Hospital Álvaro Cunqueiro (HAC) de Vigo.

Métodos: Estudio observacional prospectivo analítico basado en el registro DZ implantado en las unidades de críticos del Servicio Gallego de Salud (septiembre 2019) y pilotado por el HAC (junio 2019). Se establecen indicadores de calidad y criterios de cribado para pacientes con y sin riesgo de SR. Analizamos variables demográficas, antropométricas, de laboratorio, junto con cribado de riesgo nutricional, SR y sarcopenia. Se realizó valoración nutricional al ingreso y alta. Análisis estadístico con "R" utilizando test paramétricos y no paramétricos.

Resultados: Se recogen 62 pacientes, 39 (62,9%) hombres. La edad media fue de 59 ± 15,69 años. Del total: el 11,29% presentaron desnutrición leve al ingreso, un 9,68% moderada, 11,29% grave y el resto se consideraron normonutridos (67,74%). El APACHE II medio fue de 19,29 ± 7,84. La estancia media en UCI fue de 15,75 ± 12,79 días. Al ingreso, se identificaron 13 pacientes (20,9%) en riesgo de SR, siendo 5 mujeres (p = 0,90). El principal motivo de ingreso en UCI en este subgrupo fue el cardiovascular (38,5%) (p = 0,6957). Del total de pacientes en riesgo, 6 (46,15%) presentaron un IMC al ingreso < 18,5, mientras que el 53,85% restante: 3 dentro de la normalidad, 1 Sobre peso y 3 Obesidad tipo I (p < 0,001, IC95% 0,37-1,00). Se registraron 5 pacientes (8%) con alta probabilidad de sarcopenia (SARC-F ≥ 4), el 80% pertenecientes al grupo en riesgo de SR (p < 0,001, IC95% 0,27 -1,00). No hubo asociación estadística con el método de cribado Nutriscore (p = 0,182) pero sí con NRS2002 (p < 0,001, IC95% 0,40-0,89). Se registró 1 caso diagnóstico de SR durante el seguimiento. La tasa de mortalidad de la muestra fue del 9,68%, alcanzando en el subgrupo de pacientes en riesgo el 23,1% (p = 0,066), en ambos casos sin asociación estadística.

Conclusiones: Al ingreso en UCI y tras el inicio de la terapia nutricional, es necesario identificar aquellos pacientes en riesgo de SR. A través, de una adecuada anamnesis y valoración nutricional junto con herramientas de cribado dentro de un programa de calidad que orienten a su prevención. En nuestra muestra, la prevalencia de pacientes en riesgo supone un 20,9%, registrándose un único caso diagnóstico.

213. VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ARTIFICIAL

Lorencio Cárdenas C^(a), López Delgado JC^(b), Servià Goixart L^(c), Grau Carmona T^(d), Trujillano Cabello J^(e), Bordejé Laguna L^(e), Mor Marco E^(e), Vera Artázcoz P^(f), Portugal Rodríguez E^(g) y Macaya Marín L^(h).
Grupo de investigación: Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición

^(a)Hospital Universitari Dr. Josep Trueta en Girona. ^(b)Hospital Universitari de Bellvitge en Barcelona. ^(c)Hospital Universitari Arnau de Vilanova en Lleida. ^(d)Hospital Universitari 12 de Octubre en Madrid. ^(e)Hospital universitari Germans Trias i Pujol en Badalona. ^(f)Hospital Universitari de Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. ^(g)Hospital Clínico Universitario de Valladolid en Valladolid. ^(h)Hospital de Navarra en Pamplona.

Objetivos: La hiperglucemia es un fenómeno frecuente en el paciente crítico y se ha relacionado directamente con su morbimortalidad. No obstante la variabilidad glucémica se postula como un factor de mal pronóstico de mayor relevancia que la hiperglucemia *per se*. El objetivo de este estudio es evaluar la variabilidad glucémica en los pacientes que requieren soporte nutricional artificial.

Métodos: Se analizaron todos los datos relativos al comportamiento de la glucemia en los pacientes incluidos en el estudio ENPIC ([NCT: 03634943] registro multicéntrico sobre las prácticas nutricionales del paciente crítico en 37 UCI españolas, del 23 de abril de 2019 al 15 de junio de 2019).

Resultados: Se incluyeron un total de 629 pacientes: 67,6% hombres, con edad media de 61,8 (± 15) años e IMC medio de 27,7 (± 5,2). APACHE II medio de 20. El tiempo medio hasta el inicio de la terapia nutricional

fue de 28h, el 63,4% recibió nutrición enteral, el 18,2% parenteral y el 18,4% mixta. El 14,8% de los pacientes mantuvo la glucemia < 120 mg/dL (Grupo A), el 27,5% entre 120 y 139 mg/dL (Grupo B), el 35,8% entre 140 y 179 mg/dL (Grupo C) y 21,9% > 180 mg/dL (Grupo D). La mortalidad fue superior en los grupos con peor control glucémico (A = 15,1%, B = 19,7%, C = 27,1% y D = 37,7%) (p < 0,05) y fue en estos grupos donde se observó una mayor variabilidad glucémica (A = 13,6 mg/dL ± 6,9 mg/dL, B = 16,8 mg/dL ± 8 mg/dL, C = 24,65 mg/dL ± 13,3 mg/dL, D = 34,9 mg/dL ± 15,9 mg/dL) (p < 0,05) y mayor requerimiento de insulino terapia (A = 22,6%, B = 57,2%, C = 87,6%, D = 97,8%). Los pacientes con peor control glucémico presentaron con más frecuencia al menos un episodio de glucemia superior a 180 mg/dL (A = 9,7%, B = 46,2%, C = 92,9%, D = 100%) (p < 0,05).

Conclusiones: A pesar de que las guías recomiendan controlar la glucemia del paciente crítico por debajo de 150 mg/dL, más de una tercera parte de los pacientes presentaron glucemias superiores. La hiperglucemia y una mayor variabilidad glucémica se asociaron a una mayor mortalidad en nuestra serie. Los pacientes con más hiperglicemia y más variabilidad glucémica recibieron más insulina.

216. NUTRICIÓN ENTERAL EN ECMO: ESTUDIO PILOTO

Casanova Góngora E^(a), López Delgado JC^(b), Esteve Urbano F^(b), Revelo Esquibel P^(b), Ávila Espinoza RE^(b), Corral Vélez V^(b), Puentes Yáñez J^(b), Granada Vicente R^(b), Luna Solís SM^(b) y Fuset Cabanes MP^(b)

^(a)Hospital Mútua de Terrassa en Terrassa (Barcelona). ^(b)Hospital Universitari de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos: La ECMO poscirugía cardíaca es una terapia de rescate en el bajo gasto posoperatorio y en el shock refractario poscardiotomía. Existe controversia en actualmente en cuál es la mejor manera de nutrir a estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar cómo realizamos la nutrición enteral (NE) este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde noviembre de 2016 a marzo de 2018. Se recogieron variables preoperatorias, intraoperatorias, scores pronósticos, complicaciones posoperatorias y mortalidad hospitalaria y a largo plazo, así como la NE administrada durante la primera semana de ingreso en UCI.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes: edad media 61,1 ± 10,3 años; 62,5% (10) varones; IMC: 27,6 ± 4,1 Kg/m²; APACHE II: 18 ± 8; SOFA: 9,3 ± 3,4. 56,25% (9) eran revascularizaciones coronarias y el 31,25% (5) cirugías valvulares. La mortalidad hospitalaria fue del 37,5% (6) y al año del 43% (7). La ECMO fue iniciada durante las primeras 72h al ingreso en UCI poscirugía con una duración de 6 ± 3,2 días. Las complicaciones fueron: sangrado 37,5% (6), re-exploración 31,25% (5), sepsis el 50% (8) y ninguna trombosis. La NE se inició en 12 pacientes, iniciándose en menos de 24h en el 50%. Recibieron una media de 11,75 ± 5,1 Kcal/Kg/día y 0,62 ± 0,26 g/Kg/día. En el 50% de los pacientes se interrumpió > 24h la NE en algún momento debido a complicaciones derivadas de su situación HDN, recibiendo estos pacientes un menor aporte nutricional calórico (15,48 ± 3,6 vs. 8,02 ± 3,2 Kcal/Kg/día; p = 0,004) y proteico (0,81 ± 0,16 vs. 0,43 ± 0,18 g/Kg/día; p = 0,004). El lactato al 3^{er} día en los pacientes en los que se interrumpió la NE fue más elevado (1,8 ± 0,4 vs. 1,9 ± 0,9 mmol/L; p = 0,12), lo cual no se asoció a complicación de ningún tipo.

Conclusiones: Los pacientes con ECMO poscardiotomía reciben un soporte nutricional inadecuado en nuestra serie. Deberían establecerse estrategias como la nutrición parenteral complementaria para conseguir una mejoría de las dosis calórico-proteicas en el soporte nutricional.

812/COVID-19. SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA COVID INGRESADOS EN NUESTRA UCI. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD?

Amat Serna T, Yagüez Mateos LB, Aranda Martínez C, Guerrero Marín M y Rivera Fernández R

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Queremos analizar nuestra actitud en el aspecto nutricional de nuestros pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de neumonía por COVID-19 en la situación de epidemia y compararla con las recomendaciones del Grupo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo para evaluar nuestra actitud desde el punto de vista nutricional en los pacientes ingresados en nuestra unidad de Medicina Intensiva por Neumonía COVID-19, desde

marzo de 2020 hasta junio de 2020. Hemos realizado un análisis descriptivo a través de SPSS.

Resultados: Un total de 44 pacientes han ingresado en nuestra Unidad con diagnóstico de neumonía por COVID-19, el 75% hombres (N = 33) y con una mediana de edad 62 (42-80). Precisarón intubación orotraqueal 33 pacientes y 11 soporte no invasivo con ONAF. Puntuación de scores: APACHE II 12 (4-25), SOFA 6 (2-11) y NUTRIC 3 (1-6), encontrando a 7 pacientes dentro del alto riesgo nutricional. Se comenzó nutrición enteral (NE) en las primeras 24-48 horas de ingreso, 34 pacientes recibieron este tipo de nutrición consiguiendo los objetivos del 60% del aporte calórico-proteico en los primeros 6 días. Los 10 pacientes restantes recibieron nutrición parenteral total (NPT), en 4 casos por no tolerancia de la misma a pesar de procinéticos y dietas específicas; y en 6 casos no se inició NE por estar el paciente en posición de PRONO. Solo un paciente precisó nutrición mixta por no alcanzar los objetivos calóricos-proteicos al 6º día. De los 7 pacientes con alto riesgo nutricional (16%), 5 pacientes se nutrieron con NE con adecuado aporte calórico-proteico y dos de ellos precisaron NPT por intolerancia de NE. Hemos realizado un análisis univariante de los 7 pacientes con alto riesgo nutricional, sin encontrar relación estadísticamente significativa con las infecciones en UCI o con la mortalidad.

Conclusiones: Hemos aportado soporte nutricional en las primeras 24-48 horas, alcanzando en el 77% de nuestros pacientes las necesidades calórico-proteicas al 6º día. Seis pacientes recibieron de inicio NPT por posición de PRONO a diferencia de las recomendaciones, nos plantearemos en situaciones próximas el inicio de NE de forma indiferente de la posición de PRONO.

813/COVID-19. EFICACIA DE LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN LA UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Omedas Bonafonte P^(a), Franquesa González E^(a), Bueno Vidales N^(a), Lafita López A^(a), Labarta Monzón L^(a), Mallor Bonet T^(a), Marín Casajús O^(b), Ocabo Buil P^(a), Lander Azcona A^(a) y Serón Arbeloa C^(a)

^(a)Hospital General San Jorge en Huesca. ^(b)Hospital Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: La terapia nutricional debe ser una parte integral del enfoque terapéutico en pacientes graves con SARS-CoV-2. La terapia nutricional temprana e individualizada tiene beneficios en el pronóstico y evolución de estos pacientes, que presentan una complejidad del estado nutrometabólico. La posición de decúbito prono en pacientes con SDRA ha demostrado su eficacia como medida terapéutica adicional en el tratamiento de pacientes con SARS-CoV-2. Un porcentaje elevado de estos pacientes no reciben aporte nutricional adecuado. El objetivo del presente estudio es analizar el soporte nutricional artificial aportado en pacientes ingresados en nuestra Unidad durante la pandemia COVID-19 y los efectos de la posición en decúbito prono sobre la eficacia del mismo.

	Prono	Supino	P (Chi² o t Student)
Pacientes [n]	15	7	
Edad (años) [media(DE)]	64,9(14,4)	64,8 (16,2)	0,82
Sexo masculino [n (%)]	13 (86)	4 (57)	0,87
Nº pronos [media(DE)]	3,2 (1,3)	0 (0)	0,00
Diabetes [n (%)]	3 (20)	0 (0)	0,001
IMC [media(DE)]	30,0 (4,4)	28,5 (2,5)	0,79
APACHE II [media(DE)]	20,3 (3,2)	16,2 (2,8)	0,27
Cisatraccurio [n (%)]	10 (66)	3 (50)	0,05
Estancia (días) [media(DE)]	22,5 (15,7)	5,26(6,5)	0,98
Día inicio Nutrición (días) [media(DE)]	1,8 (1,3)	1,4 (1,1)	0,64
N enteral [n (%)]	15 (100)	5 (71)	0,07
Retención gástrica [n (%)]	1 (6)	0 (0)	0,09
Nutrición eficaz (>50% requerimientos) [n (%)]	7 (46)	4 (66)	0,12
Diarrea [n (%)]	5 (33)	0 (0)	0,001
Disfunción hepática [n (%)]	12 (80)	3 (50)	0,07
Albumina [media(DE)]	2,2 (0,9)	2,4 (0,8)	0,75
Mortalidad [n (%)]	3 (20)	2 (28)	0,29
Pérdida peso al alta [media(DE)]	12,4 (2,4)	9 (1,8)	0,31

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo, realizado en la UCI del Hospital General San Jorge (Huesca) durante los meses de marzo a mayo de 2020. Los criterios de inclusión han sido el ingreso en UCI por infección por SARS-CoV-2, aporte de nutrición artificial durante el ingreso en UCI y estancia en UCI más de 48 horas. Las principales variables a estudio fueron el día de inicio de nutrición artificial, tipo de nutrición artificial administrada, complicaciones (residuo gástrico, diarrea e hiperglucemia), objetivo calórico y pérdida de peso. La intervención realizada ha sido el inicio y continuidad del soporte

nutricional de los pacientes ingresados incluyendo los ciclos de pronación. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney y las continuas con el test de Wilcoxon con significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (15 prono vs. 7 supino). Los grupos fueron homogéneos en desarrollo de hiperglucemia, relajación neuromuscular y diarrea como complicación. La retención gástrica se presentó en 1 paciente dentro del grupo prono. Una nutrición eficaz fue alcanzada en 7 en prono y 4 pacientes en supino. El IMC fue > 28 en ambos grupos. La estancia en UCI fue mayor en grupo prono. La nutrición se inició antes de las 48 horas. La pérdida de peso al alta fue de 12,4 kg (prono) vs. 9 kg (supino).

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes presentaron sobre peso y obesidad al ingreso. Se observó escasa incidencia de residuo gástrico incluso en pacientes sometidos a ciclos de pronación. Se alcanzó un objetivo calórico adecuado por vía enteral en ambos grupos a estudio. La desnutrición fue grave medida en pérdida ponderal durante el ingreso.

Pósteres orales

Nefrología/Depuración extrarrenal

080. [TIMP-2]·[IGFBP7] COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD

Baldirà Martínez de Irujo J^(a), Flores Orella M^(a), Santos Rodríguez J A^(a), Cerdón Abalde A^(a), Betbesé Roig A J^(a), Pérez Carrasco M^(b), Díaz Buendía Y^(c), Sabater Riera J^(d), Tomasa Irriguible T^(e) y Cuartero Sala M^(f)

^(a)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. ^(b)Hospital universitari Vall d'Hebron en Barcelona. ^(c)Hospital del Mar en Barcelona. ^(d)Hospital Universitari de Bellvitge en Barcelona. ^(e)Hospital Germans Trias i Pujol en Badalona. ^(f)Saint Mary's Hospital en London.

Objetivos: Evaluar la capacidad pronóstica de una determinación de [TIMP-2]·[IGFBP7] mediante Nephrocheck® (NC) al ingreso de pacientes críticos.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico (5 UCI polivalentes de tercer nivel universitarias). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con previsión de ingreso superior a 24 horas. Se excluyeron embarazadas, posoperados cardíacos, disfunción renal aguda grave (KDIGO) al ingreso y pacientes con lavados vesicales. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas durante los 7 primeros días de ingreso. Al ingreso en UCI se recogió orina para la determinación de NC (ng/mL)/2/1.000 mediante la plataforma Vitros 3600. Se realizó un análisis descriptivo y estudio de supervivencia mediante Stata versión 16. Los resultados se muestran en mediana y rango intercuartílico (IQ). Se estratifican tres grupos de NC según riesgo de disfunción renal aguda: bajo, NC1 < 0,3; alto NC2 0,3-2; muy alto NC3 > 2.

Resultados: Se recogieron 476 pacientes, con edad de 61 años (IQ 48-71,5), de los cuales 271 (57%) eran mujeres. La estancia en UCI fue 7 días (IQ 4-17) (tabla con variables descriptivas). Los pacientes NC > 2 (ng/mL)/2/1.000 (NC3) tuvieron un hazard ratio de mortalidad de 2,8 respecto el grupo NC1 (IC95%, 1,5-5,2; $p = 0,001$). Según la curva de Kaplan-Meier, la probabilidad de fallecer a los 25 días de ingreso de los pacientes con NC3 fue del 52% (IC95% 24-68) (fig.).

Variable	Total
Edad*	61 años (IQ 48-71,5)
Sexo**	271 (57%) mujeres
Días de UCI*	7 (IQ 4-17)
Días de hospitalización*	17 (IQ 9-32)
Mortalidad UCI ^o	81 (17,02%)
Días de VMI*	4 (IQ 2-10)
SOFA día 1*	5 (IQ 1-8)
APACHE II*	20 (14-26)
Creatinina basal (umol/l)*	76 (IQ 63-98)
Nephrocheck*	0,07 (IQ 0,04-7,52)
KDIGO > 0 48h ^o	30%
Terapia de depuración extrarrenal**	26 (5,5%)

*Variables expresadas en mediana e IQ. **Variables expresadas en valor absoluto y %.