

393. FALLO HEPÁTICO AGUDO POR INFLIXIMAB. REVISIÓN DE CASOS

Escudero Acha P, González Castro A, Cuenca Fito E, Fernández Rodríguez A, Peñasco Martín Y, Blanco Huelga C, Rodríguez Borregán JC, Ceña Carazo J, Campos Fernández S y Seabrook Maggio P

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Identificar casos de fallo hepático agudo (FHA) asociada con infliximab (anti-TNF- α) y evaluar patrones de daño hepático y características comunes a los casos existentes en la literatura.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda informatizada de las bases de datos MEDLINE, Pubmed y Web of Knowledge con las siguientes palabras clave, dentro del campo título: “infliximab”; “fallo hepático agudo”. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de la muestra, clasificando a los pacientes en supervivientes o fallecidos. Se identificaron un total de ocho casos. Además, se añadió al análisis un caso ocurrido en enero de 2019 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resultados: Se obtuvieron un total de 9 casos clínicos de enfermos que desarrollaron fallo hepático agudo asociado al tratamiento con infliximab. Todos los casos descritos son mujeres, con una edad media en de 38,88 años. Las enfermedades tratadas en orden de frecuencia fueron: la colitis ulcerosa (44,4%), la artritis reumatoide (22,2%) y enfermedad de Crohn (11,1%). El tiempo medio, en semanas, transcurrido desde el inicio de tratamiento hasta FHA fue de 20,06. En el análisis, el 71,43% de los pacientes presentaron anticuerpos ANA positivos. El hallazgo en la anatomía patológica más frecuente es la colestasis (85,71%), seguida de datos de necrosis (57,14%). En uno de los casos se utilizó como terapia el sistema de absorción y recirculación molecular (MARS[®]). Finalmente 7 pacientes (77,78%) requirieron trasplante hepático, de los cuales hubo un paciente en el seguimiento inmediato.

Conclusiones: El tratamiento con infliximab puede causar daño hepático que culmine en un fallo hepático agudo y finalmente requiera un trasplante. Es el anticuerpo monoclonal con más casos de IHA relacionados. La mayor parte de pacientes de la serie registrada requirieron trasplante hepático. Con frecuencia se encontró un patrón de lesión colestática en la histología previa al trasplante y en el explante.

Pósteres pantalla

Nefrología/Depuración extrarrenal

394. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN LA UCI

Edroso Jarne PE, Pascual Bielsa A, Ocabo Buil P, Matute Guerrero A, Lozano Gómez H, Abanses Moreno P, Arche Banzo MJ, Zalba Etayo B, Velilla Soriano C y Ridruejo Saez R

Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Estimar la incidencia de IRA en nuestra UCI y su relación con la mortalidad según sus diferentes grados y causas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo donde se analizó una muestra seleccionada al azar de pacientes ingresados en nuestra UCI durante el año 2018. El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante contraste de hipótesis, correlación y comparación de medias con el programa SPSS 19.0.

Resultados: Registramos un total de 400 pacientes, 271 hombres (67,8%) y 129 mujeres (32,3%). La edad media fue de 65,66 años (mediana 67), APACHE 14 (mediana 12), con una estancia media de 5 días (mediana 2). El motivo de ingreso más frecuente fue el cardiológico con un 35,5%, seguido de un 23% de posquirúrgicos e infecciosos 19%. 106 pacientes (26,5%) desarrollaron IRA, con diferencias significativas para los mayores de 70 años ($p < 0,001$), los pacientes con IRC previa ($p < 0,05$) y los de estancias más prolongadas ($p < 0,05$). Los pacientes que desarrollaron con más frecuencia IRA fueron los de patología infecciosa (38%), seguida de los cardiológicos (33%) y los posoperados (14%) siendo $p = 0,000$. No hallamos diferencias entre el desarrollo de IRA y la administración de fármacos nefrotóxicos ni contrastes yodados tampoco en aquellos que tenían IRC previa. La mortalidad total fue del 13,5% que se eleva al 37,7% entre los pacientes con IRA ($p < 0,000$).

Conclusiones: La IRA es una complicación común en nuestra UCI, especialmente en los pacientes mayores de 70 años, sépticos, con IRC

previa y/o estancias más prolongadas. La patología cardíaca y la infecciosa son las patologías asociadas con más frecuencia a IRA en nuestro medio. El desarrollo de IRA no se relacionó con el uso de fármacos nefrotóxicos ni contrastes yodados. La mortalidad es superior en aquellos pacientes que desarrollan IRA durante el ingreso con independencia del motivo que lo ocasionó.

395. ¿ES EL USO DE CITRATO MÁS BENEFICIOSO QUE LA HEPARINA NO FRACCIONADA PARA PREVENIR LA COAGULACIÓN DEL CIRCUITO?

Maisterra Santos K^(a), Puentes Yáñez J^(a), González del Hoyo S^(a), Costa Capella L^(a), Buendía Flores R^(a), Cantons Andres L^(a), Fuentes Mila V^(a), Castaño Camuñez J^(a), Ferrer Carmona A^(b) y Pérez Fernández JL^(a). Grupo de investigación: SIRAKI group

^(a)Hospital Universitario de Bellvitge en L' Hospitalet de Llobregat. ^(b)Universidad de Barcelona en L' Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: La anticoagulación regional con citrato ha sido empleada en los últimos años como medida para prevenir la coagulación del circuito, alargar la sobrevida de los filtros y reducir el riesgo de sangrado. El principal objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de consumo de filtros en función del uso de heparina no fraccionada versus anticoagulación regional con citrato.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye 186 pacientes ingresados en nuestra unidad de medicina intensiva del Hospital Universitario de Bellvitge de 2016 a 2018.

Resultados: Analizamos 186 pacientes que requirieron terapia continua de reemplazo renal; 41 recibieron anticoagulación con heparina no fraccionada, 15 con citrato y 115 no recibieron ningún tipo de anticoagulación. La duración media de la terapia fue de $7,6 \pm 7,9$ días para los pacientes con heparina y de $8,4 \pm 7,9$ para los de citrato. La media de filtros utilizados diariamente fue de $0,8 \pm 0,6$ para la heparina, $0,7 \pm 0,8$ para el citrato y $0,8 \pm 0,6$ para aquellos sin anticoagulación. La media de filtros utilizados durante toda la terapia fue de $4,8 \pm 4,6$ para la anticoagulación sistémica y de $4,6 \pm 4,7$ para la regional.

Conclusiones: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el consumo de filtros al utilizar citrato como anticoagulante del circuito con respecto a la heparina.

Financiada por: Hospital Universitario de Bellvitge.

396. TERAPIAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUAS, CITRATO VS. HEPARINA. ¿EFECTO ANTIINFLAMATORIO?

Alarabe Peinado S, Díaz Sesé R, Salas Martín J, León Montañés L, Pedraza López S y Gordillo Brenes A

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar el posible efecto antiinflamatorio descrito en la literatura, en el uso de técnicas de depuración renal continuas (TDR) con anticoagulación regional con citrato (ARC) respecto al uso de heparina sódica en pacientes con disfunción renal aguda (DRA) que precisaron TCDR durante su ingreso en UCI.

Métodos: Estudio observacional con 19 pacientes en el periodo 2018-2019, que desarrollaron DRA y que precisaron TCDR. En este periodo 29 pacientes requirieron TDR con ARC pero se excluyeron 10, por precisar en algún momento terapia con heparina. Utilizamos un grupo control de heparina similar. Los datos demográficos, clínicos y laboratorio se registraron durante su estancia en UCI. Se analizaron los reactantes de fase aguda (RFA) más accesibles en nuestro hospital: recuento leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{l}$), PCR (mg/L) y PCT (ng/ml) en cada grupo. Se utilizaron en todos los pacientes el mismo filtro (ST150 BXT), de la misma forma se usaron similares protocolos de manejo clínico. Para analizar las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Los 19 pacientes del grupo ARC se componen: mujeres 6 (31,6%) y hombres 13 (68,4%); edad media $62,7 \pm 11,01$; APACHE II $25,6 \pm 7,1$; SOFA inicial (SOFAi) $10,7 \pm 2,4$; diagnóstico: sépticos 9 (47,4%), cirugía cardíaca 3 (15,8%), y otros 6 (31,6%); el desenlace: vivos alta UCI 8 (42,1%) y exitus 11 (57,9%). Los 19 pacientes del grupo heparina se distribuyen: mujeres 9 (47,4%) y hombres 10 (52,6%); edad media $65,1 \pm 11,51$, APACHE II $27,4 \pm 6,1$; SOFAi $10,3 \pm 3,7$; diagnóstico: cirugía cardíaca 8 (42,1%), sépticos 5 (26,3%) y otros 4 (21,1%), el desenlace: vivos alta UCI 7 (36,8%) y exitus 12 (63,2%). Respecto a la influencia de la anticoagulación en la modulación de los RFA: leucocitos, PCR y PCT.

Figura 1 Póster 396

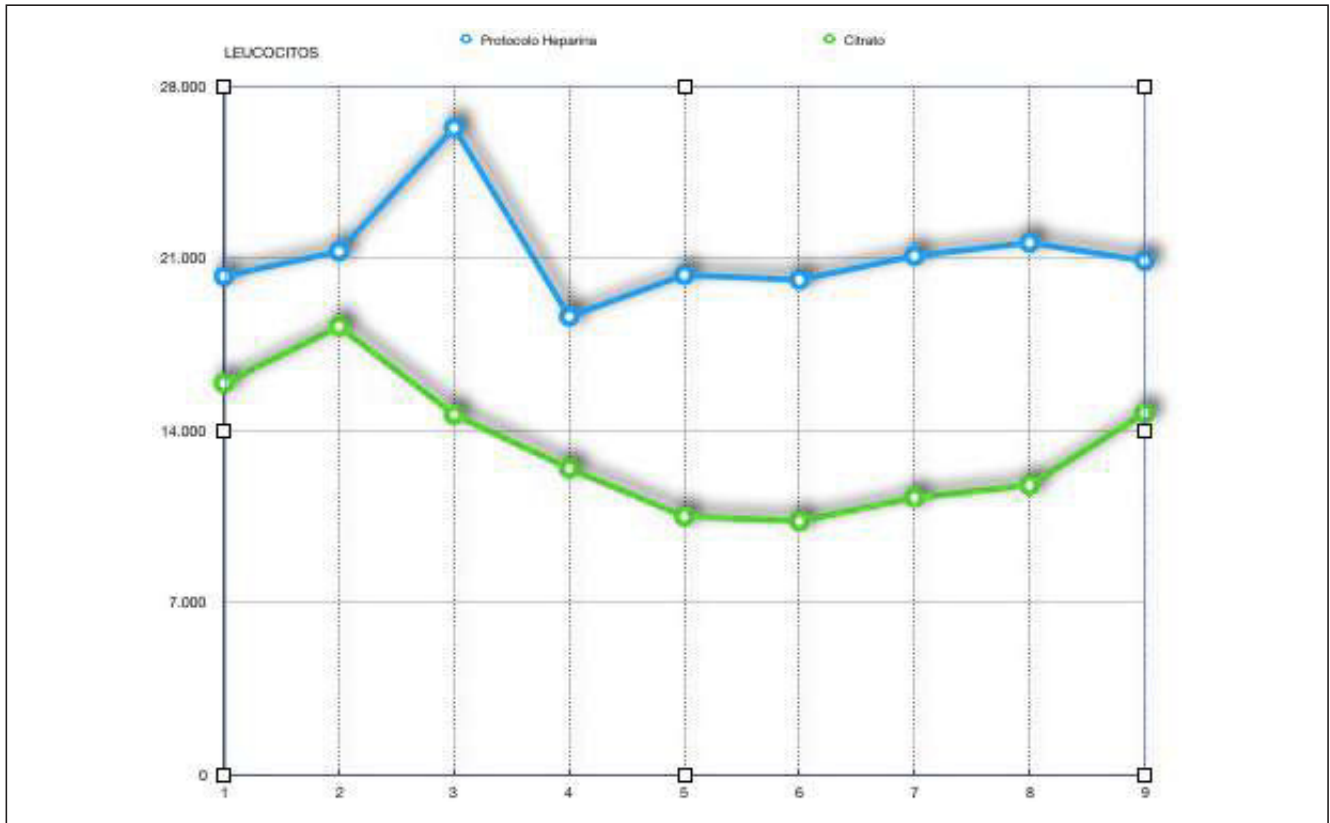
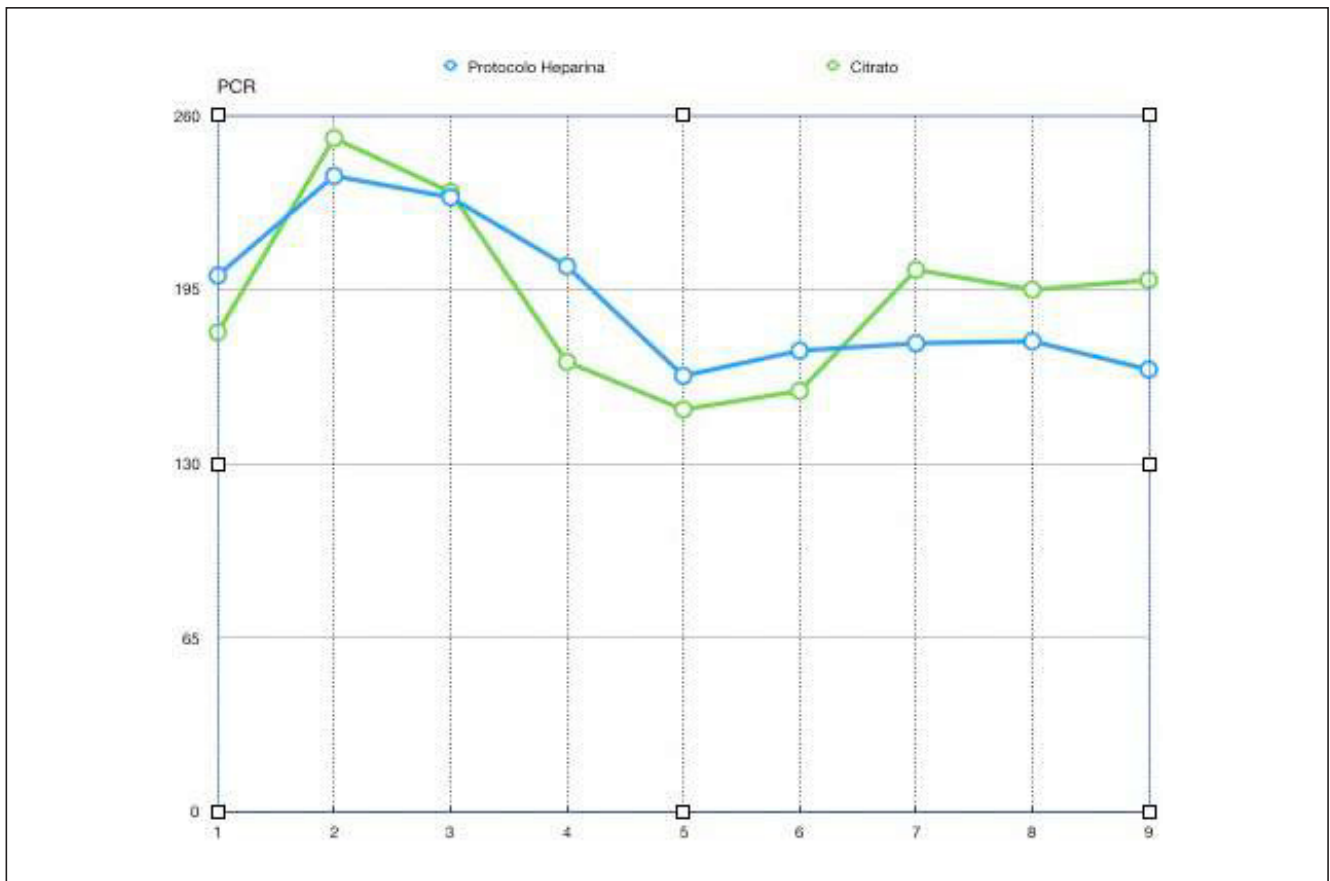


Figura 2 Póster 396



Solo se observó diferencia significativa respecto a los leucocitos en los días 3° ($p = 0,02$), 4° ($p = 0,01$), 5° ($p = 0,002$), 6° ($p = 0,008$), 7° ($p = 0,02$) y 8° ($p = 0,04$) con significación estadística, pero no así en las restantes variables, PCR ni PCT.

Conclusiones: ante el escaso número de pacientes antes de valorar los resultados deberemos tener prudencia y en lo posible aumentar el conjunto de pacientes progresivamente. No obstante únicamente podemos deducir que existen diferencias en la determinación de leucocitos del 3° al 8° día y no podemos inferir que esos hallazgos expliquen en sí mismos un efecto antiinflamatorio respecto al uso de diferente anticoagulación en las TDRC de nuestros pacientes.

822/COVID-19. DESCRIBIR LA MORTALIDAD ASOCIADA A INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA POR SARS-CoV-2 EN CONTEXTO DE FRACASO RENAL AGUDO QUE REQUIEREN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Martos Mendizábal M, Morales Alarcón M, Mateo Marquina L, Segarra Martínez-Sahuquillo A, Vera Artazcoz P, Suárez Montero J C, Rodríguez Farré N, Torrens Sonet M, Santos Rodríguez JA y Mancebo Cortés J

Hospital de la Sant Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Describir la mortalidad en pacientes con Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por SARS-CoV-2 y fracaso renal agudo que requiere terapia de sustitución renal en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional desde el 15 de marzo hasta el 15 de abril, en un SMI polivalente de un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por COVID-19 que requirieron terapia de sustitución renal concomitante a la infección durante su ingreso en el SMI. Se recogieron datos demográficos y clínicos de dichos pacientes durante su asistencia en el SMI y se realizó un análisis estadístico con regresión de Cox.

Resultados: De la muestra total de 181 pacientes, 14 (7,7%) requirieron terapia de sustitución renal. La hazard ratio de mortalidad de los pacientes con fracaso renal agudo que requirieron terapia de sustitución renal, respecto de los que no la presenta fue de 1,27; Intervalo de confianza 95% (0,62-2,63).

Conclusiones: Con nuestra muestra no detectamos diferencias de mortalidad en pacientes con fracaso renal agudo y terapia de sustitución renal, respecto de los que no la presentan.

823/COVID-19. MANEJO DE LA DISFUNCIÓN RENAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR SARS-CoV-2

Martín Cano JM^a, Díez del Corral B, Ruiz Pérez M, Villegas del Ojo J, Flores González J y Garrino AP

Hospital de Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Analizar las terapias de soporte renal y la necesidad de otros soportes orgánicos utilizados en los pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 que desarrollan disfunción renal. Estudiar la asociación de este fallo orgánico con la morbi-mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado en una UCI polivalente del hospital de Jerez, reuniendo a todos los pacientes que ingresaban en la unidad con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y fallo renal. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, variables analíticas, clínicas, scores de gravedad, soporte orgánicos y mortalidad. El análisis de los datos se realizó mediante paquete estadístico SPSSv22.

Resultados: incluimos un total de 11 pacientes que desarrollaron disfunción renal, con una edad media de $63,55 \pm 7,53$ DE, con predominio del sexo masculino (72,7%). Con respecto a los FRCV, destacar que estos pacientes presentaban un IMC elevado con valores medios de $31,93 \pm 4,68$ DE cm^2/m^2 . En relación a las escalas de gravedad el SOFA medio al ingreso de estos pacientes fue de $4,27$ puntos ± 2 DE y el APACHE II de $11,45$ puntos $\pm 4,2$ DE, siendo el SOFA el día del diagnóstico de FRA de $9,1$ puntos $\pm 3,2$ DE. Estos pacientes precisaron VMI y prono en el 100%, requiriendo el 81,8% la realización de traqueostomía y el 90,9% soporte hemodinámico con noradrenalina. El 63,7% (7) requirieron TCRR, siendo la modalidad de elección la HFVCC (100%). En relación a las indicaciones, la más frecuente fue la oligoanuria 57,1% (4) seguido de alteraciones metabólicas o ió-

nicas en el 28,6% (2) y el shock refractario 14,3% (1). El acceso venoso utilizado de forma más frecuente fue el femoral derecho (42,9%). La yugular derecha se utilizó en el 28,6% de los casos (2). La heparina sódica fue el anticoagulante de elección en el 100% de los pacientes que precisaron TCRR. En relación a las escalas de daño renal, encontramos que el día que se diagnosticaba el FRA presentaban: AKIN I 45,5%, II 18,2%, III 36,4%; RIFLE R 45,5%, I 9%, F 45,5%. La mortalidad observada fue muy elevada alcanzando el 63,7% (7) ($p < 0,05$) y la mortalidad de los pacientes que precisaron TCRR fue del 100% ($p < 0,05$) a pesar de mejorar la función renal por criterios de creatinina en un 71,4% (5).

Conclusiones: En nuestros pacientes el fallo renal y el uso de TCRR se asoció a peores resultados pronósticos de forma independiente. Los que desarrollan FRA presentaban de forma significativa un IMC más elevado y precisaron más soporte orgánico que los que no desarrollaban FRA.

Pósters pantalla

Neurointensivismo/Traumatismos

156. LA CALIDAD DE VIDA Y LA SUPERVIVENCIA AL AÑO DE LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO ICTUS ISQUÉMICO

De León Belmar JJ^(a), Goded Bajén Y^(b), Tejada Adell M^(a), Arlandis Tomás M^(a), Martín Pachés A^(a), Romero Gómez B^(a), Micó Gómez ML^(a), Gomar Vidal S^(a) y Cortés Navalón C^(a)

^(a)Hospital Manises en Manises. ^(b)Universidad Católica de Valencia en Valencia.

Objetivos: Determinar la calidad de vida al año de los pacientes que han sufrido ictus isquémico. Otros objetivos eran determinar la supervivencia al año de dichos pacientes y los factores de riesgo más prevalentes.

Métodos: Realizamos estudio observacional, descriptivo, documental, longitudinal y retrospectivo. Se compararon variables sociodemográficas, clínicas, radiológicas y evolutivas de los pacientes que habían sufrido ictus isquémico en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2017 y junio de 2018.

Resultados: Se analizaron 150 pacientes, de los cuales 89 sufrieron ictus isquémico (61%), siendo fibrinolisados 18 de ellos. La edad media fue 67,02 años, con un predominio del sexo masculino. El factor de riesgo que más se asociaba era la hipertensión arterial en el 58% de los casos, y la etiología con mayor predominio fue la embolígena con un 15,3% de los casos. Se vio una mejor evolución en aquellos pacientes que recibían más precozmente el tratamiento fibrinolítico. Con respecto al destino al alta, los varones tenían como mayor destino domicilio con respecto a las mujeres (48,3% vs. 32,2%). Al igual que vimos que el exitus era mayor en mujeres. Los ictus isquémicos tenían mayor supervivencia al año en comparación con otros ictus. La implantación del código ictus, con tratamiento fibrinolítico aumentó la supervivencia de los pacientes y disminuyó el destino a hospitales de larga estancia y las secuelas acompañantes.

Conclusiones: Los pacientes que han recibido tratamiento fibrinolítico tras un ictus isquémico tienen una mayor supervivencia y mejor evolución que aquellos que no lo recibieron. Clara relación entre el tiempo transcurrido hasta que se da el tratamiento y la mejoría de los pacientes. Dado el gran porcentaje de pacientes que deben recurrir a hospitales de larga estancia, sería importante la potenciación de dichos lugares. Se corrobora la importancia de la hipertensión arterial en el origen del ictus isquémico.

157. TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS EN UCI: SERIE DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS EN CANTABRIA

Sánchez Arguano MJ^(a), Sánchez Campos S^(a), Arlaban Carpintero M^(a), Jauregui Solorzona RA^(a), Ballesteros Sanz MA^(a) y Gayol Fernández M^(b)

^(a)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^(b)SESPA en Asturias.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los casos de trombosis de seno venosos cerebrales en los últimos 10 años en la comunidad de Cantabria.