

COVID/ENVIN fue del 30,9/9,7%. Y la mortalidad de los pacientes COVID/ENVIN por franjas de edad fue < 40: 8,1/4,0%, 40-59: 18,4/6,9%, 60-69: 30,5/10,4%, 70-75: 41,8/11,3%, 75-79: 49,4/12,4%, > 79: 58,6/13,3%. Hubo diferencias estadísticamente significativas en: sexo, pacientes ingresados en todas las franjas de edad, exitus (global y en todas las franjas de edad, menos en la < 40 años), origen, estancia media, y necesidad de VMI, TDER y ECMO.

Conclusiones: Los pacientes COVID fueron más hombres, presentaron mayor mortalidad (global y en los mayores de 40 años), tuvieron mayor estancia media y necesitaron mayor soporte artificial que los pacientes ENVIN. Ingresaron mayor porcentaje de pacientes COVID entre 40 y 74 años y menor porcentaje de pacientes > de 75 años.

Financiada por: AEMyPS (BOE-A-2020-15067).

Pósteres orales

Metabolismo/Nutrición

141. ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN GRAVE POR SARS-CoV-2 (COVID-19) EN EL MOMENTO DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

Pérez Torres D, Martín Luengo A, Canas Pérez I, Díaz Rodríguez C, Fraile Gutiérrez V, Cuenca Rubio C y Berezo García JA

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Caracterizar el estado nutricional al ingreso en los pacientes críticos con COVID-19 y determinar si existen diferencias entre supervivientes y fallecidos.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectiva de pacientes con COVID-19, diagnosticado mediante PCR, en la UCI de hospital terciario, durante 3 meses (primera ola). Se registran variables clínicas y perfil nutricional al ingreso. Resultados expresados como media \pm DE, mediana (P25-P75) o frecuencia (%). Se aplica χ^2 , t de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda.

Resultados: Se incluye 87 pacientes, 70% varones, edad 60 ± 12 , APACHE-II 16 (13-16), ventilación mecánica 93%, mortalidad 38%. Índice de comorbilidad de Charlson: 0 puntos 64%, 1-2 puntos 29%, ≥ 3 puntos 7%. Comorbilidades: obesidad 36%, hipertensión arterial 30%, diabetes mellitus 14%, hipotiroidismo 12%. Los parámetros nutricionales de los pacientes se resumen en la tabla.

Parámetro	Global	Supervivientes	Fallecidos	p-valor
Peso, Kg	82,1	81,9	82,7	0,83
Índice de masa corporal, Kg/m ²	27 (25-32)	27 (25-31)	27 (24-33)	0,85
Prealbúmina	8 (7-9)	8 (6-9)	8 (7-9)	0,79
Albúmina	2,8 \pm 0,4	2,8 \pm 0,3	2,7 \pm 0,5	0,73
Triglicéridos, mg/dl	134 (76-186)	155 (121-191)	97 (25-139)	0,03
Colesterol, mg/dl	113 \pm 50	117 \pm 50	103 \pm 45	0,34
Transferrina	113 (25-136)	113 (16-134)	121 (84-157)	0,34

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con COVID-19 grave que precisa ingreso en UCI presentaron sobrepeso u obesidad, resultando frecuentes las comorbilidades endocrino-metabólicas. Todos los pacientes presentaron cifras de prealbúmina bajas, en posible relación con estado nutricional subóptimo y estado inflamatorio. Los triglicéridos fueron significativamente más bajos en los pacientes que fallecieron.

142. MANEJO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Díaz de Antónana Sáenz V, Egues Lugea A, Aldunate Calvo S, Zugasti Murillo A, Rendón Barragan H, Presa Orue A, Sanz Granado E y Tirapu Leon JP

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Describir el soporte nutricional y las complicaciones asociadas de los pacientes que requieren seguimiento por alto riesgo de

síndrome de realimentación (SR) por el servicio de cuidados intensivos extendidos (UCI-C).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluye pacientes con diagnóstico de TCA que requieren seguimiento por servicio de medicina intensiva tras la implantación en el hospital de un protocolo de detección precoz de pacientes con alto riesgo de SR (agosto-diciembre 2020). Se define paciente de alto riesgo aquel que presenta IMC ≥ 16 Kg/m². Se recoge el tipo de terapia nutricional recibida (oral, enteral parenteral, suplementos) ionograma en las primeras 24h, 48 y 72h tras inicio dieta y complicaciones según protocolo vigente en la unidad.

Resultados: Se incluyen 13 pacientes (84,6% mujeres) con una edad media de 23 años (rango 16-41 años) y un IMC medio de $12,4 \pm 1,9$ Kg/m². El aporte calórico inicial de la realimentación fue con 10-15 Kcal*Kg/día, mayoritariamente (77%) por vía oral mediante una dieta basal. En un 15,4% de los pacientes se inició soporte nutricional mixto vía enteral/oral y un 7,7% exclusivo vía enteral con una fórmula estándar. El 100% de los pacientes recibió tiamina previo al inicio de la dieta y durante 5 días suplementos con tiamina. No se objetivó variación en los niveles de electrolitos (P, Mg y K) en las primeras 72h tras inicio nutrición. Dos de las pacientes (23,7%) presentaron hipoglucemia grave (< 50 mg/dL) y ninguna presentó alteraciones cardíacas del intervalo Q-T. 1 paciente precisó reingreso en UCI al día +7 del alta. Ningún paciente desarrolló síndrome de realimentación ni se registraron fallecimientos intra-UCI.

Conclusiones: La monitorización estrecha de los pacientes con alto riesgo de SR previene la aparición de complicaciones hidroelectrolíticas y deficiencias vitamínicas severas y eventos cardiovasculares que pueden conducir a la muerte del paciente.

143. SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

Amat Serna T, Aranda Martínez C, Yaguez Mateos L, Guerrero Marín M y Rivera Fernández R

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de infección por COVID-19 durante la pandemia, teniendo en cuenta las recomendaciones del Grupo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo para analizar el aspecto nutricional de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Jaén con Neumonía por COVID-19, desde marzo de 2020 hasta noviembre de 2020, empleando el NUTRIC Score. Se ha realizado un análisis descriptivo mediante el programa SPSS.

Resultados: 71 pacientes han ingresado en nuestra UCI con infección por SARS-CoV-2, 52 hombres con mediana de edad 64 (42-80). Scores: APACHE II 14 (4-25), SOFA 6 (2-15) y NUTRIC 3 (1-7). Al ingreso: 40% de los pacientes requirieron soporte respiratorio con ONAF (N = 29) y el 45% de los pacientes precisaron intubación orotraqueal (N = 38), de los cuales 12 maniobras de pronó. Durante las primeras 48 horas en nuestra Unidad, del total de pacientes, 51 pacientes recibieron nutrición enteral (NE) y 19 batidos hiperproteicos, por otro lado en 4 casos no se pudo mantener NE por la no tolerancia de la misma a pesar de optimizar tratamiento con fórmulas oligoméricas y procinéticas y en 12 casos por estar el paciente en posición de PRONO y con miorelajación. Del total de pacientes: 15 recibieron nutrición parenteral, solo 5 de ellos parenteral total (NPT) y los otros 10 nutrición mixta por no alcanzar los requerimientos de la NE al 6º día. En el estudio nutricional, 18 pacientes presentaron alto riesgo nutricional (25%): 5 recibieron aporte con batidos al ingreso, 12 NE en las primeras 48 horas, 6 pacientes recibieron nutrición parenteral durante el ingreso (4 mixta por no alcanzar los requerimientos nutricionales). No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la situación de alto riesgo nutricional y mayor incidencia de infección o mortalidad.

Conclusiones: Hemos visto que se ha actuado más rápidamente sobre la situación de nutrición del paciente, teniendo en cuenta sus necesidades calóricas y las recomendaciones de las guías. Pero todavía ha sido frecuente la necesidad de NP por posición de pronó, sería necesario reevaluar dichos pacientes para identificar posibles mejoras con el fin de aplicarlas. Esto supone un objetivo a mejorar con el fin de alcanzar el soporte nutricional requerido.

144. PERCEPCIÓN DE LA DISFAGIA COMO PROBLEMA EN LAS UCI DE ESPAÑA

Santana Cabrera L, Rico Rodríguez J, Simón Bautista D, Alcaraz Jiménez J, Santana López BN y Martín González JC

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil en Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: La disfagia es un problema en las UCI, aunque no se conoce con claridad su incidencia, ni existe suficiente información sobre su evaluación en el paciente crítico. Conocer la percepción de la disfagia como problema en las UCI de España.

Métodos: Estudio en dos fases: Fase 1, adaptación al español de la encuesta utilizada en el estudio DICE; Fase 2, análisis de las propiedades métricas de las escalas mediante seguimiento prospectivo, observacional y descriptivo de una cohorte de expertos en el campo de esta investigación de las UCIs de España, de junio a noviembre de 2020. El muestreo fue no probabilístico y consecutivo, hasta obtener el tamaño de la muestra. El presente estudio ha sido financiado por Fresenius Kabi España.

Resultados: 38 UCI. El 89,5% considera la disfagia como un problema en los pacientes de UCI. El 76,3% consideran que la disfagia repercute en la mortalidad de los pacientes, prolongando su estancia (78,9%) e incrementando los costes del tratamiento (89,5%). Sin embargo, 52,6% no tiene un protocolo asistencial para el manejo de la misma y el 36,8% no realiza cribado habitualmente en sus pacientes.

Conclusiones: A pesar de que la disfagia se percibe como un problema muy importante en el pronóstico del paciente de UCI, un alto porcentaje de unidades carece de procedimientos normalizados de trabajo sobre la misma.

Financiada por: Fresenius Kabi España.

145. ALTERACIONES MUSCULARES ESTRUCTURALES SECUNDARIAS A INFECCIÓN GRAVE POR COVID-19

Marín Corral J, Pascual Guardia S, Salazar A, Vilà C, Castellví A, Dot I, Caguana A, Lloreta J, Gea J y Masclans JR. Grupo de investigación: Grupo de Investigación en Patología Crítica (GREPAC)

Hospital del Mar-IMIM en Barcelona.

Objetivos: Identificar las alteraciones estructurales musculares secundarias a la infección COVID-19 en pacientes graves.

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados en la UCI por infección COVID-19 sin antecedentes de afectación muscular. Se recolectaron

biopsias del vasto lateral del músculo cuádriceps y datos clínicos y demográficos de todos los sujetos. Una fracción de cada muestra fue procesada en formol y embebida en parafina para análisis histológicos: 1) inmunohistoquímica para porcentajes de fibras tipo I/II y morfometrías y 2) tinciones hematoxilina-eosina para las anomalías musculares. Otra fracción fue procesada en glutaraldehído para la evaluación de la ultraestructura mediante microscopía electrónica. Se utilizó una cohorte histórica de sujetos sanos como grupo control. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Mann Whitney mediante SPSS.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes ingresados en UCI con COVID-19 y 5 sujetos sanos. No hubo diferencias en la edad ni en el género entre ambos grupos [64 (58-75) vs 61 (59-68) años, $p > 0,05$ y 80% vs 80% varones, $p > 0,05$]. Los pacientes COVID-19 presentaron un mayor IMC que los sujetos control [28 (27-31) vs 25 (23-29) Kg/m², $p < 0,05$]. Los pacientes COVID-19 presentaron una disminución del tamaño de las fibras tipo II [1.736 (1.096-3.137) vs 3.318 (2.171-5.612) m², $p = 0,037$]. No se objetivaron cambios en los porcentajes fibrilares, en el tamaño de las fibras tipo I, ni en las anomalías. De manera repetida se objetivaron alteraciones en los capilares musculares con engrosamiento de las membranas basales en el grupo COVID-19. También se aislaron partículas virales en algunos casos.

Conclusiones: Existen cambios objetivados en cuanto a atrofia, alteraciones vasculares y presencia de partículas virales en los músculos periféricos de los pacientes con COVID-19 grave.

146. SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN, PARÁMETROS NUTRICIONALES Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA SARS-CoV-2 EN UCI

Hidalgo Manchado L, Rodríguez Fernández de Simón T, Fernández Florido P, García Huertas D, de Dios Chacón I y Manzano Manzano F

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Conocer la relación entre el síndrome de realimentación y el pronóstico de los pacientes ingresados en UCI por neumonía SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, en una UCI de un hospital de 3º nivel, de septiembre a noviembre de 2020, en pacientes con VMI > 24 horas, neumonía por COVID-19 y que recibieron nutrición enteral/parenteral > 3 días. Se miden niveles de magnesio, fósforo y vitamina D al inicio de la nutrición artificial y en controles sucesivos. Definimos síndrome de realimentación como hipofosforemia con descenso > 30% del basal o con un valor < 1,86 mg/dl. Se recogieron característi-

Figura Póster 144

Percepción de la disfagia en las UCIs de España		Todos los hospitales (n=38)		UCI con <1500 ingresos/año (n=28)		UCI con >1500 ingresos/año (n=7)		p
		n	%	n	%	n	%	
¿Considera en general que los trastornos deglutorios (disfagia) son un problema en los pacientes de su UCI?	No	4	10.5	3	9.7	1	14.3	0.720
	Sí	34	89.5	28	90.3	6	85.7	
¿Tienen una norma asistencial para la disfagia (p. ej., un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) instituido para la disfagia)?	No	20	52.6	18	58.1	2	28.6	0.121
	Se prevé en un futuro cercano	8	21.1	7	22.6	1	14.3	
	Sí	10	26.3	6	19.4	4	57.1	
¿Se hace habitualmente un cribado de la disfagia en los pacientes de su UCI?	Está previsto hacer el cribado en un futuro cercano	7	18.4	5	16.1	2	28.6	0.091
	No se hace cribado	14	36.8	13	41.9	1	14.3	
	Sí, se hace un cribado caso por caso	14	36.8	12	38.7	2	28.6	
	Sí, se hace un cribado sistemático en todos los pacientes de la UCI	3	7.9	1	3.2	2	28.6	
¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI repercute en la mortalidad a medio o largo plazo (mortalidad a más de 28 días)?	Indeciso	8	21.1	8	25.8	0	0.0	0.264
	No	1	2.6	1	3.2	0	0.0	
	Sí	29	76.3	22	71.0	7	100.0	
¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI prolonga la estancia en la UCI?	Indeciso	2	5.3	2	6.5	0	0.0	0.319
	No	6	15.8	6	19.4	0	0.0	
	Sí	30	78.9	23	74.2	7	100.0	
¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI aumenta el coste total del tratamiento hospitalario?	Indeciso	3	7.9	3	9.7	0	0.0	0.604
	No	1	2.6	1	3.2	0	0.0	
	Sí	34	89.5	27	87.1	7	100.0	

cas basales, SOFA score 1^{er} día, duración de VM y mortalidad en UCI. Se realizó estudio estadístico con t-Student, chi-cuadrado y modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes de entre 60 ± 14 años, con prevalencia de DM de 29,6% y de dislipemia del 21%. La mortalidad en UCI y hospitalaria fue respectivamente de 36,6% y 38%, con media de duración de VM de 17 ± 10 días y estancia en UCI de 18 ± 10 días. El 21,6% presentaron síndrome de realimentación, con una reducción de la fosforesmia en la 1^a semana del 18,4 ± 13,4%. La prevalencia de hipomagnesemia fue del 12,8% y de hipovitaminosis D del 54,5%. Se utilizó NE en el 92,5%, con una duración de 13,8 ± 13 días. y NP en el 12,7%. La mortalidad en los pacientes: Con/sin diabetes mellitus: 47,6% vs 25,7% (p = 0,09). Con/sin hipovitaminosis D: 40% vs 33,3% (p = 0,64). Con/sin síndrome de realimentación: 45% vs 25% [RR 2,5 (0,62-9,9)] (p = 0,18). Con/sin hipomagnesemia: 16,7% vs 34% [RR 0,38 (0,4-3,6)] (p = 0,39). Los factores pronósticos asociados a un aumento de mortalidad hospitalaria en la regresión logística fueron la edad (HR 1,03; IC95% 0,98-1,09; p = 0,15), el síndrome de realimentación (HR 0,39; IC95% 0,08-1,78; p = 0,22), la dislipemia (HR 0,46; IC95% 0,10-2,06; p = 0,31) y la DM (HR 4,35; IC95% 1,09-17,35; p = 0,03).

Conclusiones: Con la limitación del tamaño de muestra, el síndrome de realimentación no se asocia a un incremento de la mortalidad en pacientes con neumonía Covid-19 en ventilación mecánica. La diabetes mellitus se asocia a un peor pronóstico.

147. TERAPIA NUTRICIONAL EN EL PACIENTE COVID-19

Gordillo Benítez MA, Puentes Yáñez J, Maria Petito M, Marco Mula D, di Paolo FA, Serra Paya P, Belda Ley D, Luna Solís S, Gumucio Sanguino VD y López Delgado JC

Hospital Universitari de Bellvitge en Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Describir el uso de la terapia nutricional en el paciente COVID-19 ingresado en la UCI, así como las diferencias asociadas en su uso según la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de referencia. Se recogieron datos demográficos y comorbilidades, tipo de terapia nutricional, dosis calórica-proteica administrada y balance hídrico durante la primera semana de ingreso, variables de laboratorio, complicaciones y necesidades de soporte vital. El análisis estadístico se realizó de manera independiente mediante análisis univariante (SPSS 20,0).

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes. La edad media de 62,5 ± 9,3 años; 76,5% (88) fueron hombres; IMC: 29,6 ± 6,3 Kg/m². La mayoría fueron sometidos a ventilación mecánica invasiva (93,3%; n = 112) y decúbito prono (64,2%; n = 77). Las comorbilidades más frecuentes fueron: hipertensión (40,8%; n = 49), dislipemia (26,7%; n = 32), diabetes mellitus (22,5%; n = 27) y EPOC (16,7%; n = 20). La mayoría recibió nutrición enteral (85%; n = 102). Su bien la mayoría recibió NE precoz (86,9%; n = 115), la dosis calórica y proteica media de 7,95 ± 6,62 Kcal/Kg/d y

0,54 ± 0,50 g/Kg/d respectivamente no cumplía los requerimientos. Hasta un 16,7% recibieron suplementos proteicos enterales. Se objetivó hipofosfatemia en un 7,5% (9) al ingreso en UCI o la desarrollaron hasta en un 18,3% (22). Teniendo en cuenta la elevada mortalidad (42,6%; n = 49), no se objetivaron diferencias significativas en cuanto a la dosis calórico-proteica recibida entre grupos, si bien existió una tendencia a un balance hídrico más equilibrado entre los supervivientes (fig.).

Conclusiones: Los pacientes COVID-19 ingresados en UCI no alcanzan los requerimientos calórico-proteicos necesarios en nuestra muestra. Se objetivó una tendencia a una mejor supervivencia con un balance hídrico equilibrado.

Pósteres orales

Nefrología/Depuración extrarrenal

148. FACTORES PREDICTORES DE NECESIDAD DE TDE EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Salgado Villén M^a, Fernández Burgos I^a, Álvarez Macías A^a, Torcuato Barrera R^a, Alonso Iglesias A^a y Úbeda Iglesias A^a

^aHospital Punta de Europa en Algeciras. ^bHospital Regional Universitario en Málaga.

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la necesidad de depuración extrarrenal (TDE) en pacientes ingresados en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en una UCI de 14 camas entre julio de 2019 y noviembre de 2020. Variables demográficas, comorbilidades, diagnóstico al ingreso, factores de riesgo, APACHE II, SAPS II, infecciones durante la estancia en UCI, presencia de shock, días de estancia en USI y hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y numéricas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test χ^2 (porcentajes), test de la t de Student (medias) y U de Mann Whitney (medianas). Regresión logística multivariante. Significación estadística con p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 547 pacientes, 351 hombres (64,17%). Se dividieron en 2 grupos, no recibieron TDE 493 (90,12%) pacientes vs. recibieron TDE 54 (9,87%) pacientes: varones (63,5% vs. 70,4%, p = 0,317), edad (64,8 [± 15,7] vs. 60,6 [± 14,7], p = 0,034), DM (31,6% vs. 40,7%, p = 0,229), ERC (12,8% vs. 46,3%, p < 0,001), EPOC (10,8% vs. 20,4%, p = 0,037), cirrosis (2,4% vs. 7,4%, p = 0,063), trasplante (0,6% vs. 5,6%, p = 0,015), APACHE II (13,7 [± 8,6] vs. 17,1 [± 9,8], p = 0,003), SAPS II (32,6 [± 16,9] vs. 37,1 [± 17,6], p = 0,039), ingresado por cardiopatía (34,9% vs. 18,5%), por sepsis (15% vs. 38,9%), posoperados (15,2%

Figura Póster 147

