

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 fosforemia en la 1^a semana del $18,4 \pm 13,4\%$. 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 $13,8 \pm 13$ 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 $62,5 \pm 9,3$ años; 76,5% (88) fueron hombres; IMC: $29,6 \pm 6,3$ 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 $7,95 \pm 6,62$ Kcal/Kg/d y

$0,54 \pm 0,50$ 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

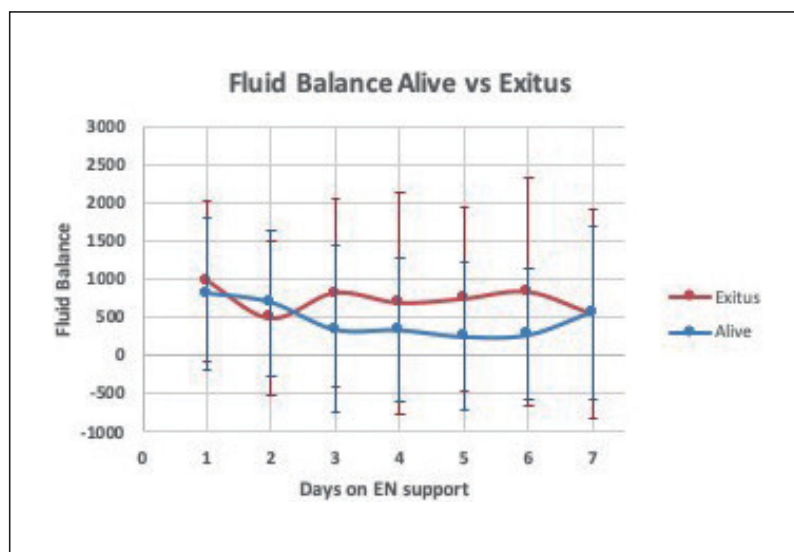
^aHospital Punta de Europa en Algeciras. ^bHospital Regional Universitario en Málaga.

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 ($64,8 [\pm 15,7]$ vs. $60,6 [\pm 14,7]$, $p = 0,034$), 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 ($13,7 [\pm 8,6]$ vs. $17,1 [\pm 9,8]$, $p = 0,003$), SAPS II ($32,6 [\pm 16,9]$ vs. $37,1 [\pm 17,6]$, $p = 0,039$), ingresado por cardiopatía (34,9% vs. 18,5%), por sepsis (15% vs. 38,9%), posoperados (15,2%

Figura Póster 147



vs. 13%), antibiótico las 48 horas previas (34,7% vs. 51,9%, $p = 0,019$), NPT (9,8% vs. 41,55%, $p < 0,001$), CVC (60% vs. 94,4%, $p < 0,001$), VM (39,6% vs. 68,5%, $p < 0,001$), sonda vesical (75,9% vs. 94,4%, $p = 0,003$), traqueostomía (5,5% vs. 14,8%, $p = 0,15$), días VM (1 [0;4] vs. 5 [1;12], $p < 0,001$), días CVC (2 [0;6] vs. 7 [3;16], $p < 0,001$), días sondaje vesical (3 [1;7] vs. 8 [4;15], $p < 0,001$), días catéter arterial (0 [0;1] vs. 4 [0;11], $p < 0,001$), días de ingreso en UCI (3 [2;6] vs. 7 [3;16], $p < 0,001$), días de estancia hospitalaria (10 [5;20] vs. 14 [8;34], $p < 0,001$). Análisis multivariante: edad (OR 0,92, IC95% [0,88-0,97], $p < 0,001$), COVID (OR 37,47, IC95% [6,8-205,4], $p < 0,001$), SAPS II (OR 1,07, IC95% [1,03-1,11], $p < 0,001$), NPT (OR 5,07, IC95% [1,50-17,10], $p = 0,009$), ERC (OR 12,04, IC95% [3,17-45,7], $p < 0,001$), shock séptico (OR 4,41, IC95% [1,30-14-93], $p = 0,017$). AUROC: 0,885, IC95% [0,822-0,947].

Conclusiones: La infección por COVID, la ERC, el uso de NPT, la puntuación en la escala SAPS II y la presencia de shock séptico durante la estancia en UCI se comportaron como predictores independientes de necesidad de TDE. La edad se comportó como factor protector.

149. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASOCIADA A NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Ferré Mas C, Daniel Fuentes X, Roure Alonso M, Cartanyà Ferré M, Leache Irigoyen I, Villavicencio Lujan C, Bodí Saera M, Pobo Peris A y Oliva Yelaya I

Hospital Universitari Joan XXIII en Tarragona.

Objetivos: Evaluar la incidencia de insuficiencia renal aguda (IRA) en los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 y determinar su implicación pronóstica.

Métodos: Estudio descriptivo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitari Joan XXIII durante 8 meses. Se recogieron los datos de los 3 primeros días de ingreso en UCI. Definiciones: IRA: aumento de creatinina 1,5 veces respecto el valor basal o diuresis $< 0,5$ ml/kg/h durante 6 horas.

Resultados: En ese período ingresaron 100 pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2. La mediana de edad fue de 65,5 (54-72) años, 73% fueron varones, 43% diabéticos y 26% tuvieron antecedentes de enfermedad cardiovascular. El 27% ($n = 27$) de los pacientes presentaron IRA, de los cuales el 22% ($n = 6$) precisaron técnicas continuas de reemplazo renal. Los pacientes con IRA tuvieron una prevalencia significativamente mayor de obesidad (33% vs 12%; $p = 0,02$), hipertensión arterial (62% vs 35%; $p = 0,02$) y cardiopatía isquémica crónica (18% vs 4%; $p = 0,03$), así como un SAPS III [54 (48-56) vs 52(48-55)]; $p = 0,01$] y un SOFA a las 24h [5,5 (4-7) vs 4,5 (3-6)]; $p = 0,01$] significativamente mayor. La IRA se asoció significativamente con un mayor uso de noradrenalina (96% vs 67%; $p = 0,02$), dobutamina (3% vs 0%; $p = 0,01$) y furosemida (66% vs 35%; $p = 0,007$) y también con la presencia de shock (51% vs 16%; $p = 0,001$), disfunción ventricular izquierda (14% vs 2%; $p = 0,03$) y la necesidad de ventilación mecánica (100% vs 84%; $p = 0,03$). Los pacientes con IRA no presentaron diferencias significativas respecto la PaFi [100 mmHg (72-120) vs 95 mmHg (77-129)]; $p = 0,9$], días de ventilación mecánica [24 (9-45) vs 19 (9-33)]; $p = 0,2$] ni mortalidad en UCI (29% vs 26%; $p = 0,7$).

Conclusiones: La IRA es una complicación frecuente en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2. La IRA se asoció a un mayor desarrollo de shock y disfunción ventricular izquierda, así como a mayor necesidad de ventilación mecánica. Por tanto, sugerimos un diagnóstico precoz y una monitorización estricta de la IRA en estos pacientes.

Pósteres orales

Neurointensivismo/Traumatismos

150. IMPACTO DE LA MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MUESTREO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN LA TASA DE INFECCIÓN ASOCIADA A VENTRICULOSTOMÍA

Castaño Ávila S, Mordillo Cano H, Poveda Hernández Y, Puente Jorge J, Fernández Miret B, Pérez Lejonaigoitia C, Okáriz Montoya G, Martín López A, Rodríguez Trujillo I y Fonseca San Miguel F

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Analizar el efecto en la incidencia de infección asociada (IAV) a drenaje ventricular externo (DVE) de modificar el muestreo de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con uno o más DVE de un hospital de nivel terciario entre el 2000 y el 2018. El protocolo de colocación y cuidados del DVE no se ha modificado. El muestreo de LCR en los primeros 9 años (P1), se realizó según criterio del médico asistente ante sospecha de IAV, y en los siguientes (P2), cada 72 horas desde el día 5 de DVE. Se recogieron variables demográficas, clínicas, resultados analíticos de sangre y LCR y de los cultivos de LCR. Empleamos un máximo de cinco muestras de cada tipo por paciente, seleccionándolas de modo homogéneo en aquellos que tenían más. Se compararon P1 y P2 con los test de χ^2 , Fisher, t de Student y U de Mann Whitney según los criterios estadísticos de sus variables. Se valoró la normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov. El umbral de significación fue $p < 0,05$.

Resultados: Registramos 160 pacientes del P1 con 181 DVE y de 178 del P2 con 233 DVE. La indicación del DVE, el porcentaje de fallecidos, de fibrinólisis intraventricular, número medio de DVE y las medias de edad y de APACHE fueron similares. Se diagnosticaron 28 IAV en el P1 y 33 en el P2 ($p = 0,8$). La tasa de IAV por mil días de DVE bajó de 15,02 a 14,1 del P1 al P2, y la de colonización de 17,17 por mil días de DVE en P1 a 6,41 en P2 ($p = 0,002$). Los resultados microbiológicos fueron similares entre ambos períodos, con predominio de bacterias gram positivas. El% de hombres en el P1 fue superior (61,9% frente a 48,9%, $p = 0,016$) y el uso de antibióticos (ATB) antes y después del DVE fue mayor en P2 (ATB previo 23,8% frente a 52,2% con $p < 0,01$ y ATB post 31,9% frente a 59% con $p < 0,01$). Los tiempos de muestreo de LCR para análisis citobioquímico de P2 fueron superiores de manera estadísticamente significativa a partir del día 7 de DVE. También fueron superiores de manera estadísticamente significativa, la proteinorraquia, la glucomia y los leucocitos sanguíneos del P1.

Conclusiones: La modificación del muestreo del LCR disminuyó la manipulación del DVE a partir de la primera semana desde su colocación, con una discreta disminución en la tasa de IAV por 1.000 días de DVE, que podría estar condicionada por un mayor uso de ATB y mayor número de DVE por paciente. Se necesitan estudios que aclaren la pauta ideal de muestreo para el diagnóstico precoz de la IAV.

151. SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES AGUDOS GRAVES AL AÑO DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

de León Belmar JJ^a, Casanova Pérez-Manglano MA^b, Tejada Adell M^a, Romero Gómez B^a, Micó Gómez ML^a, Gomar S^a, Cortés Navalón C^a, Martín Paches A^a, Arlandis Tomás M^a y Casanova Izquierdo J^a

^aHospital Manises en Manises. ^bUniversidad Católica de Valencia en Valencia.

Objetivos: Analizar la supervivencia y calidad de vida al año de los pacientes que ingresan en una unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular aguda de origen isquémico o hemorrágico. Comparar la supervivencia y calidad de vida al año de su ingreso en UCI en cada patología: hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraparenquimatosa e isquemia cerebral aguda.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional realizado en una unidad de cuidados intensivos. Las variables estudiadas son: edad, género, gravedad, mortalidad hospitalaria y dependencia funcional, medida con el índice de Barthel y el índice de Katz, al año de ingreso.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes. La mortalidad hospitalaria fue del 35,5%. No hubo casos de exitus tras el alta. Tras un año del episodio, la independencia funcional se alcanzó en el 52,63% de los pacientes, mientras que el 47,37% presentaron dependencia. La mortalidad en el hematoma cerebral espontáneo fue del 41,4%. La independencia funcional la alcanzaron 64,7% de los pacientes y el 35,2% presentaron dependencia. En el ictus isquémico la mortalidad fue del 17,4%. La independencia se alcanzó en el 36,8% de los casos y el 63,2% fueron dependientes. En la hemorragia subaracnoidea la mortalidad fue del 71,43%. La independencia fue del 100% de los casos.

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria es elevada (35,5%), pero se mantiene estable durante el primer año. Un elevado porcentaje de pacientes presenta limitaciones funcionales, mientras que el 52,63% de los pacientes presentan mínima o nula limitación funcional. La hemorragia subaracnoidea presenta elevada mortalidad, pero buena recuperación funcional. El accidente cerebrovascular agudo presenta baja mortalidad, pero importantes secuelas.