

Métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de un registro propio de la Comisión de Hemorragia Masiva del hospital de referencia. Se incluyeron pacientes en los que se activó el PHM durante su asistencia hospitalaria en 2019-2020. Se analizaron variables demográficas, etiología del sangrado, causa de activación, hemoderivados y medicación, así como complicaciones y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana y percentil 25-75 (P25-P75) si no sigue distribución normal; Las variables categóricas con número y porcentaje. Se utilizó el programa SPSS v21.

Resultados: Se recogieron 41 casos. Edad: 52 años (35,5-61). Sexo: 63,4% varones. Antecedentes: hipertensión 30%, diabetes 10%, dislipemia 15%, cardiopatía 17,5%, vascular 7,5%, oncohematológico 7,5%, hepatopatía 5%. Tratamiento previo: ácido acetilsalicílico 12,2% (0% otros antiagregantes), antivitamina K 4,9%, heparina no fraccionada 2,4%. Responsable de activación: Urgencias 22%, Anestesia 39%, Medicina Intensiva 34,1%, Pediatría 2,4%, Hematología 2,4%. Lugar de activación: urgencias 24,4%, quirófano 39%, UCI 34,1%, hospitalización 2,4%. Origen de Hemorragia: trauma 46,3%, vascular 29,3%, cirugía cardíaca 7,3%, gastrointestinal 12,2%, ginecología/obstetricia 2,4%, otros 2,4%. Causa de activación: hemorragia activa 31,7%, inestabilidad hemodinámica + 4 concentrados de hematies 24,4%, trauma grave 41,5%, otros 2,4%. Concentrados de hematies en 24h 8 (5,5-12), plasma congelado 24h 4 (4-8), plaquetas pool 24h 2 (1-3), crioprecipitados 24h 2 (2-4). Fármacos en 24h: fibrinógeno 2 (2-4), complejo protrombínico 22%, factor VII 0%, ácido tranexámico 34% (traumáticos 73,7%). Complicaciones: reacciones alérgicas 0%, TRALI 4,9%, TRIM 0%, hipocalcemia 70,7%, hipomagnesemia 4,9%, hipopotasemia 36,6%, hiperpotasemia 9,8%, acidosis metabólica 56,1%, hipotermia 36,6%, TACO 2,4%, trombosis venosa 4,9%, tromboembolismo pulmonar 2,4%. mortalidad 48,8% (60% < 24h).

Conclusiones: La hemorragia masiva presenta alta mortalidad y diferentes causas. Es factible la implantación en el hospital de un protocolo de hemorragia masiva general que permita una rápida administración de hemoderivados y productos hemostáticos sea cual sea la etiología del sangrado.

257. PAUTA DE ANTICOAGULACIÓN, VENTILACIÓN MECÁNICA Y MORTALIDAD EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES COVID INGRESADOS EN EL PERIODO 2020

Fernández Cuervo A, Gómez García B, Marcote Denis B, Jiménez Guerra E, Salas Martín J y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar la relación entre pacientes con necesidad de ventilación mecánica, pauta de anticoagulación en ese grupo y mortalidad en nuestra serie de pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Variables: pauta de anticoagulación empleada en función de niveles de dímero D, fracaso respiratorio con necesidad de ventilación mecánica o no y alta hospitalaria. Periodo: año 2020 (marzo hasta 31 diciembre).

Resultados: El número total de ingresos en nuestra UCI ha sido 54 casos. De todos ellos 2 aún permanecen ingresados en planta de hospitalización, excluyéndose del análisis estadístico. Se han empleado 3 pautas de anticoagulación en función de los niveles de dímero D (*pauta profiláctica enoxaparina 40 mg/24h: pacientes sin necesidad de anticoagulación; *pauta intermedia enoxaparina 1 mg/kg/24h: pacientes críticos con DD inferior a 2.000 ng/mL; y *pauta plena enoxaparina 1 mg/kg/12h: pacientes críticos con niveles DD > 3.000 ng/ml o patología asociada que requiera anticoagulación). En todos los pacientes se han realizado controles de anticoagulación (niveles antiXa). De los pacientes sin necesidad de ventilación mecánica (16), 3 han recibido pauta profiláctica, siendo todos ellos dados de alta domiciliaria; 4 casos han tenido pauta intermedia y todos ellos han sido dados de alta; 4 han tenido pauta plena (2 han fallecido y 2 han sido alta domiciliaria). El número de pacientes con necesidad de ventilación mecánica ha sido 36. En este grupo 6 de ellos han recibido anticoagulación a dosis profiláctica (3 de éstos ha fallecido y 3 recibieron alta hospitalaria), 18 han recibido anticoagulación con pauta intermedia (siendo 11 exitus, y 7 alta domiciliaria) y 13 han tenido pauta plena (11 han fallecido y 1 alta domiciliaria).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, los que han requerido ventilación mecánica han sido los pacientes más graves, con valores de DD mayores y por tanto con mayor necesidad de anticoagulación. En

este grupo la mortalidad ha sido mayor, en relación con la gravedad de la enfermedad, y en probable relación con las complicaciones asociadas a la anticoagulación siendo necesario una cohorte de pacientes mayor y analizar las complicaciones derivadas de la pauta de anticoagulación empleada.

258. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y UCI, PARA UNA VALORACIÓN ANTICIPADA

Salas Martín JM, Alárabe Peinado S, Jiménez Guerra E, Gómez García B, Guerrero Altamirano A y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar las valoraciones realizadas tras la constitución de un equipo UCI-Hematología, en una cohorte de pacientes oncohematológicos ingresados en planta, en el periodo comprendido entre junio de 2020 y diciembre de 2020.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 94 pacientes ingresados en planta, analizados por: género, edad, calidad de vida, diagnóstico hematológico principal [leucemia aguda (LA), leucemia crónica (LC), linfoma no Hodgkin (LNH), linfoma Hodgkin (LH), síndrome mielodisplásico (SMD), mieloma múltiple (MM), y otros], valoración inicial, sucesivas valoraciones, porcentaje de consenso en la toma de decisión, ingreso en UCI, limitación del esfuerzo terapéutico, supervivencia y causa del exitus. Se describen las variables utilizando una distribución de frecuencias en caso de variables cualitativas y mediante media y desviación estándar en caso de variables cuantitativas.

Resultados: El 62,8% fueron varones; la edad media fue de 59,12 15,66 años; el 80,9% eran pacientes independientes, el 11,7% dependientes y en un 7,4% no fue posible determinarlo. El diagnóstico hematológico principal fue LNH en un 25% de los casos, LA 20%, MM 16%, LH 13,8%, LC 5,3%, SMD 5,3% y otros 13,8%. Tras la valoración inicial, 60% de los pacientes se consideraron subsidiarios de UCI sin techo terapéutico (SUST), 20% no subsidiarios (NS), un 2% subsidiarios con techo terapéutico (SUCT) y un 17% quedó pendiente valoración (PV) conjunta con hematología. Respecto a las reevaluaciones: 10% no realizadas, 71,3% misma decisión, 8,5% cambio a NS, 6,4% cambio a SUST y 3,2% cambio a SUCT. En un 81,9% había consenso con los hematólogos, y en 5,3% no, en el 12,8% existieron dudas. Solo el 7,4% de las valoraciones ingresaron en UCI. Situación al final del estudio con 23,4% de mortalidad y 76,6% de supervivencia. La supervivencia en SUST fue del 58%, SUCT del 50%, en NS del 24%, y de los PV del 75%. Fueron necesarias retirada de medidas en un 11,7% de las valoraciones. Situación al final del estudio con 23,4% de mortalidad y 76,6% de supervivencia. El 77,2% de la mortalidad es asociada al proceso hematológico.

Conclusiones: Los pacientes SUST tienen mayor supervivencia durante sus ingresos en planta, frente a pacientes que son valorados como NS, independientemente de complicaciones agudas y/o ingreso en UCI. Es necesario una mayor muestra para poder determinar los factores determinantes de esta diferencia, para mejorar el manejo a largo plazo y disminuir la morbimortalidad.

Pósteres online

Infeción/Antibióticos/Sepsis/FMO

259. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN POR GRIPE GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fernández Rodríguez A, Cuenca Fito E, Escudero Acha P, Ceña Carazo J y González Castro A

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir características, resultados y factores asociados a mortalidad de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de infección por gripe.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes admitidos en UCI con infección por gripe entre septiembre de 2009 y abril de 2019. Los datos se muestran como números y porcentajes o medias y DE. Se realizó la asociación a mortalidad de las variables estudiadas mediante la OR utilizando regresión logística. La significancia estadística se fijó en $p \leq 0,05$.

Resultados: En el período descrito ingresaron en UCI 142 pacientes con infección por gripe. La edad media fue de 61 años [IC95% 58,7-63,6, DE 14,7], siendo un 62% hombres. El 36% de los pacientes eran fumadores, siendo las comorbilidades más frecuentes: HTA (53%), patología respiratoria (EPOC, asma y SAOS) (32%), DLP (30%) y DM2 (25%). El APACHE-II medio fue de 16 (DE 6,5) y el motivo más frecuente de ingreso la insuficiencia respiratoria (92 pacientes, 64,8%). Al ingreso, 76 pacientes precisaron VMI (53%). Se trataron con OAF 23 pacientes (16%) precisando el 30% rescate con VMI. En 20 pacientes (14%) se empleó VMNI, precisando VMI el 25%. En total se utilizó VMI en 88 pacientes (62%), durante una media de 15 días (DE 22). Desarrollaron SDRA 57 pacientes (40%), siendo grave en 17 (29%). En 14 pacientes (24%) se realizaron maniobras de decúbito prono, en 15 (26%) se empleó BNM y 8 pacientes (14%) precisaron ECMO. Durante su ingreso 47 pacientes (33%) se complicaron con FRA y 37 (26%) con sobreinfección bacteriana, el germen más frecuente fue *S. pneumoniae* (29,7%). El 75% recibieron tratamiento con oseltamivir, un 58% a dosis doble, sin que esto afectase a mortalidad [OR: 1,48, IC95% 0,41-5,26; $p > 0,54$] o a la frecuencia de FRA [OR: 0,9, IC95% 0,39-2,09; $p > 0,8$]. El empleo de corticoides fue del 23% (33 pacientes), esto no asoció mayor riesgo de mortalidad [OR: 2,37, IC95% 0,73-7,17; $p > 0,1$] o de sobreinfección [OR: 1,1, IC95% 0,43-2,75; $p > 0,8$]. La estancia media en UCI fue de 14 días (DE 20) y 21 pacientes fallecieron (15,5%). Se asociaron a mayor mortalidad la presencia de SDRA [OR: 4,59, IC95% 1,75-12,05; $p < 0,05$], sobreinfección [OR: 3,2, IC95% 1,52-8,58; $p < 0,05$] y FRA [OR: 9,17, IC95% 3,1-27,16; $p < 0,05$], el empleo de ECMO [OR: 12,2, IC95% 2,65-55,93; $p < 0,05$], el APACHE-II [OR: 1,13, IC95% 1,04-1,22; $p < 0,05$] y la PAFI al ingreso [OR: 0,99, IC95% 0,99-0,998; $p < 0,05$].

Conclusiones: La mortalidad en UCI de pacientes con gripe fue del 15%, siendo los principales factores asociados la gravedad al ingreso y la presencia de SDRA, FRA o sobreinfección.

260. BIOPSIAS POSTMORTEM EN PACIENTES CON INFECCIÓN COVID-19: ¿LESIÓN PULMONAR Y DAÑO HEPÁTICO INUSUAL?

Lafita López A^a, Gómez González C^b, Bernal Mañas CM^b, Bueno Vidales N^a, Omedas Bonafonte P^a, Franquesa González E^a, Ocabo Buil P^a, Mallor Bonet T^b, Egea González A^a y Labarta Monzón L^a

^aMedicina Intensiva; ^bAnatomía Patológica, Hospital Universitario San Jorge en Huesca.

Objetivos: Relacionar parámetros clínico-patológicos en infección por COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo de biopsias multiorgánicas en fallecidos por COVID-19, en 2020. Se recogen datos epidemiológicos y clínicos y se analiza su correlación con la biopsia con consentimiento informado del familiar. Uso de índice Kappa para su correlación.

Resultados: 67 pacientes, 17 fallecidos, 6 con estudio AP.

Conclusiones: Elevada incidencia de DCG en hígado, no descrita en bibliografía consultada. No evidencias de trombos. Alta concordancia clínico-patológica en pulmón e hígado. Necesidad de futuros estudios de daño hepático en COVID-19.

261. CARACTERIZACIÓN DE LAS SOBREINFECCIONES EN PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS POR NEUMONÍA COVID-19

Serrano Ferrer C, Ruiz García A, Araoz Illanes R, Beltrán Hernandez D, Monge Sola L, Acha Aranda A, Higuera Lucas J, Ortiz de Zarate T, Alcázar Sánchez-Elvira L y Nevado Losada E

Hospital Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares.

Figura 1 Póster 260

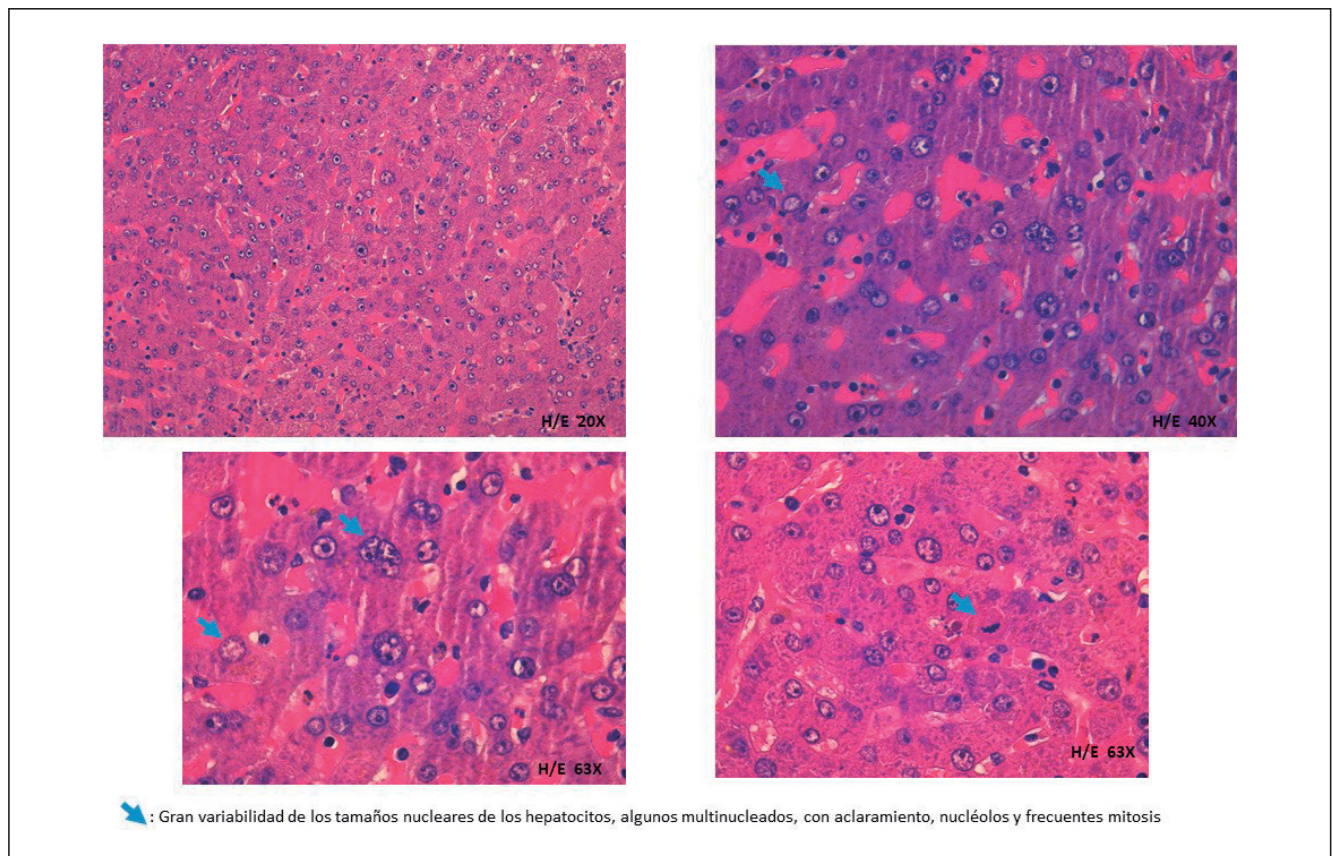


Figura 2 Póster 260

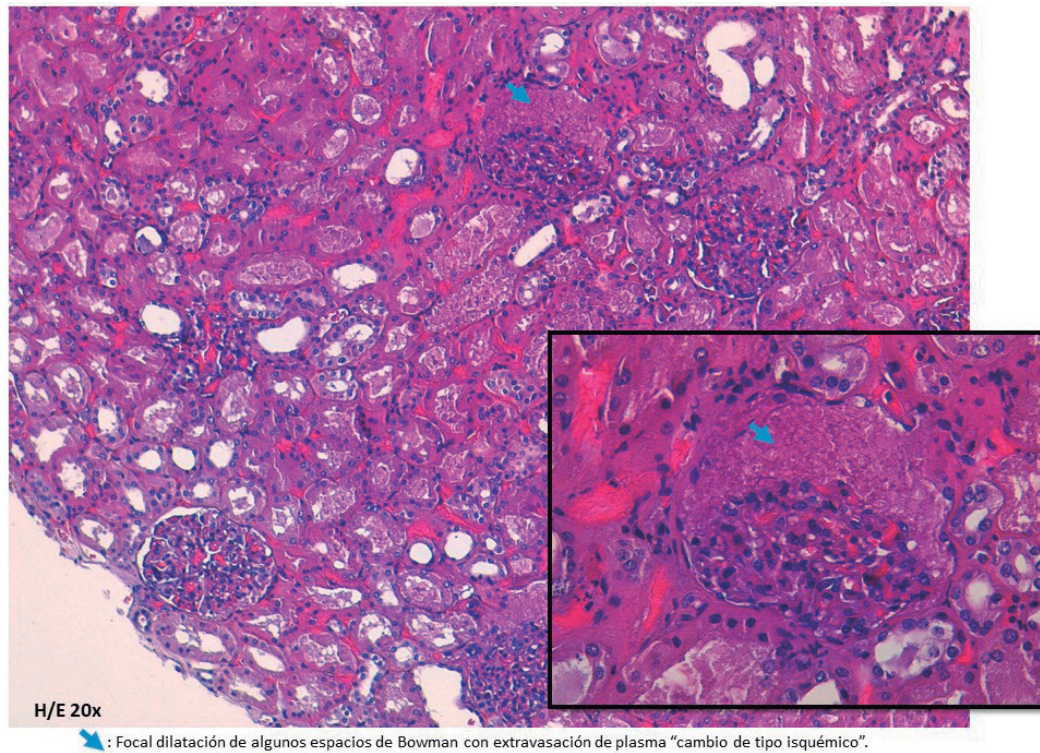


Tabla Póster 260

Tabla de resultados

Paciente	1	2	3	4	5	6	Global
Edad/sexo (M/F)	76/M	72/F	76/M	69/M	67/M	76/M	83%M
Estancia UCI (día)	31	28	18	15	39	18	24
IMC	26	36	28	29	27	27	28,9
Fumador/Exf	No	No	No	Sí	Sí	Sí	50%
Ant. pulmón	no	No	No	No	No	Sí	16%
Enolismo	No	No	Sí	no	No	No	16%
Ant. hepático	No	No	Sí	no	No	Sí	33%
Ant. renal/cardíaco	No	No	No	No	No	No	0%
HTA	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	84%
DM	No	No	Sí	No	No	No	16%
Criterios SDRA	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	66%
Peor Pa/Fi	148	69	166	130	77	78	110
Días VM	31	27	17	13	37	18	23
NAV	sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	84%
Día NAV	7		14	6	20	18	13
Insuf renal/AKI-3/TCRR	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	66%
Peor AST (UI)	135	44	332	132	51	127	136
Peor ALT (UI)	63	44	237	92	90	127	108
Peor GGT (UI)	331	223	500	202	89	130	245
Peor Bb (mg/dl)	5	0,8	10	0,9	1,3	0,7	
CHILD	7	4	10	4	5	5	6
Peor Tnl (ng/ml)	359	117	621	205	58	26	231
HCQ/Kaletra	Sí	No	No	No	No	No	16%
Remdesivir	No	Sí	No	Sí	Sí	No	50%
Anti IL-6/IL-1	No	No	No	No	No	No	0%
Corticoide	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
N-acetilcisteína	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
AP pulmón	No tej	DAD int	No tej	DAD agudo	Fibrosis	DAD int	
AP miocardio	Normal	Normal	normal	Hipertrofia	No tej	Adipocitos	
AP renal	Nefritis/daño tubular	Nefritis/daño tubular	Nefritis/daño tubular	Nefritis/daño tubular	Nefritis	Nefritis/daño tubular	
AP hepático	DCG	DCG	Fibrosis	DCG	DCG	DCG	84%DCG

DAD: daño alveolar difuso; DCG: displasia célula grande. Índice Kappa clínico-patológico en hígado de 1, pulmón 0,6, resto < 0,4.

Objetivos: Describir la tasa y el tipo de coinfección y sobreinfección en pacientes críticos atendidos por neumonía COVID-19 en nuestra experiencia.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en una UCI de 39 camas desde el 06/03 al 21/04 del 2020. Se incluyen los pacientes con diagnóstico insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a neumonía por SARS-CoV-2. Se recogieron datos demográficos, aislamientos microbiológicos, lugar del aislamiento y mortalidad. Se consideraron sobreinfecciones la sospecha clínico-radiológica de traqueobronquitis-NAVM, bacteriemia o ITU.

Resultados: Se atendieron 76 pacientes, de los cuales 51 fueron hombres (67%), edad media de 60 años. No se detectó ninguna coinfección. La tasa de sobreinfección fue del 59% (45/76); de los cuales el 55% fueron varones, con APACHE II medio al ingreso de 14. La sobreinfección más frecuente fue la NAVM (34/76), en la cual el patógeno más frecuentemente aislado (BAS) fue *S. aureus* (12/34) de los cuales fueron SAMR 5, seguido por *P. aeruginosa* (11/34). Se detectó una aspergilosis pulmonar. Se produjeron 24 bacteriemias (31%), de las cuales 14 fueron primarias, 6 fueron secundarias a catéter y 3 a NAVM. En cuanto al agente causante, se aislaron (en HC): *E. faecalis* (9/24), *SCN* (9), *E. faecium* (8), *S. aureus* (5). Análisis por subgrupos: En cuanto a las bacteriemias primarias el agente más frecuente aislado fue el *E. faecalis* (5/14) seguido por *E. faecium* (3/14); la NAVM bacteriémica más frecuente fue por *S. aureus* (5 casos, siendo uno SARM). Se detectaron 2 casos de candidemia (1 asociada a catéter). Fallecieron el 42% de pacientes del grupo de sobreinfectados (19/45).

Conclusiones: En nuestra muestra, la tasa de sobreinfección bacteriana en los pacientes con infección por SARS-CoV-2 es muy superior a la descrita hasta ahora en la literatura (59%). Destaca como principal sobreinfección la NAVM, y como patógenos de la misma el *S. aureus* y la *Pseudomonas*, y los *Enterococos* spp. en las bacteriemias. Durante la pandemia no se realizaron todas las pruebas habituales para descartar coinfección al ingreso (antigenurias, paneles respiratorios PCR...), lo que puede haber resultado en una limitación a la hora de detectar coinfección en nuestra muestra.

262. COINFECCIONES EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID-19 DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA, UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN ANALÍTICA, IMPACTO DEL TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR Y RENDIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO

Pérez Torres D, Cuenca Rubio C, Díaz Rodríguez C, Canas Pérez I, Fraile Gutiérrez V, Berezo García JA, Martín Luengo A, Blanco Schweizer P, Enriquez Giraudo P y Tamayo Lomas L

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir las coinfecciones en la primera semana de ingreso (CPSI) de pacientes COVID-19 en UCI. Establecer si la determinación analítica (DA) o tratamiento inmunomodulador (TI) al ingreso se asocian a la aparición de CPSI. Determinar si la cobertura antibiótica empírica (CAE) con ceftriaxona y azitromicina (C+A) es adecuada para el tratamiento de las CPSI.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con COVID-19, diagnosticado mediante PCR, que ingresan en UCI durante 3 meses (primera ola). Se registran variables demográficas, DA ingreso e infecciones. Resultados expresados como media \pm DE, mediana (RIC) o frecuencia (%). Se aplica χ^2 y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyen 87 pacientes, edad 60 ± 12 , 77% varones, APACHE-II 16 (13-16), VM 93%, estancia UCI 20 (9-36) días, mortalidad 38% (37% pacientes sin CPSI vs 40% pacientes con CPSI, $p = 0,80$). Se produjeron 32 CPSI en 25 pacientes (29%): 63% Gram-positivos, 19% hongos, 12% Gram-negativos y 6% virus (Tabla). Colonización multifocal por *Candida* en 31% pacientes. DA pacientes con CPSI vs sin CPSI: leucocitos $8 (5-14)$ vs $7 (6-9) \times 10^3/\mu\text{L}$, $p = 0,92$; linfocitos $0,7 (0,3-1)$ vs $0,7 (0,5-1) \times 10^3/\mu\text{L}$, $p = 0,58$; proteína C reactiva $123 (63-299)$ vs $114 (58-173)$ mg/L, $p = 0,41$; procalcitonina $0,2 (0,1-0,4)$ vs $0,2 (0,1-0,3)$ ng/mL, $p = 0,73$. Relación entre TI y CPSI, OR (IC95%): corticoides $2,9 (1,1-7,7)$, $p = 0,03$; tocilizumab $2,6 (0,9-7,2)$, $p = 0,07$; interferón $0,2 (0,1-0,8)$, $p = 0,02$. La CAE (C+A) proporcionó cobertura adecuada al 12,5% de CPSI.

Conclusiones: En nuestra serie, las CPSI más frecuentes en pacientes COVID-19 fueron las bacteriemias y NAVM, con elevada incidencia de Gram-positivos. La DA al ingreso no se relacionó con desarrollo de CPSI.

Los corticoides aumentaron el riesgo de CPSI, y el interferón lo redujo. La CAE (C+A) fue subóptima para tratar la mayoría de CPSI.

	n
Infección torrente sanguíneo: bacteriemia/viremia	15
<i>S. epidermidis</i>	5
<i>E. faecium</i>	3
<i>E. faecalis</i>	1
<i>Staphylococcus</i> otros	1
<i>Streptococcus</i> spp	1
Citomegalovirus	1
NAVM	14
SAMS	3
<i>E. faecalis</i>	2
<i>P. aeruginosa</i> MR	2
<i>A. baumannii</i> MR	2
<i>Aspergillus</i>	2
<i>Streptococcus</i> spp	1
<i>E. faecium</i>	1
Citomegalovirus	1
Infección urinaria	2
<i>E. faecalis</i>	1
<i>Candida</i>	1
Infección de catéter	1
<i>Candida</i>	1

263. COINFECCIONES EN EL PACIENTE CRÍTICO CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 (COVID-19) Y SU ASOCIACIÓN CON LA ESTANCIA Y MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Canas Pérez I, Cuenca Rubio C, Fraile Gutiérrez V, Sanz Hernán JJ, Blanco Schweizer P, Tamayo Lomas L, Enriquez Giraudo P y Berezo García JA

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir las coinfecciones del paciente crítico COVID-19, su relación con la estancia y la mortalidad.

Métodos: Estudio 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 e infecciones. Resultados expresados como media \pm DE, mediana (RIC) o frecuencia. Se aplica χ^2 , t de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda.

Resultados: Se incluyen 87 pacientes, 70% varones, edad 60 ± 12 , APACHE-II 16 (13-16), VM 93%. Mortalidad 38% (31% con vs 51% sin infección, $p = 0,06$). Tiempo hasta exitus con infección 24 (14-40) vs 10 (6-17) sin infección, $p < 0,01$. El 67% de pacientes presentaron al menos una infección, produciéndose un total de 200 episodios: 65 infecciones torrente sanguíneo (ITS) (40 foco desconocido [BFD], 19 secundaria a catéter [BSC], 6 secundaria a otro foco [BSOF]): 28% *S. epidermidis*, 17% *E. faecalis*, 17% *E. faecium*, 15% *Candida* spp, 5% *S. aureus* (33% de ellos SARM), 5% *Staphylococcus* otros, 3% *A. baumannii* MR, 3% citomegalovirus, 7% otros. 59 infecciones respiratorias (36 NAVM y 23 traqueobronquitis asociada a VM): 24% *P. aeruginosa* (35% foco [BSOF]), 19% *A. baumannii* MR, 15% *S. aureus* (11% de ellos SARM), 7% *E. faecalis*, 5% *S. epidermidis*, 5% *S. maltophilia*, 3% *Aspergillus* spp, 3% *E. cloacae*, 3% *E. faecium*, 3% *K. pneumoniae*, 13% otros. 36 aislamientos multifocales de hongos: 86% *C. albicans*, 14 otros. 21 infecciones de catéter no bacteriémicas: 29% *S. epidermidis* (17% de ellos resistente a linezolid), 29% *Candida* spp, 15% *E. faecalis*, 27% otros. 11 infecciones urinarias relacionadas con sondaje (IURSU): 27% *E. faecalis*, 18% *E. faecium*, 18% *Candida* spp, 18% *A. baumannii* MR, 19% otros. 8 episodios de otras infecciones. Estancia UCI 20(9-36) días. Pacientes con vs sin infección: 35 ± 24 vs 9 ± 7 , $p < 0,01$. Por tipo: BFD 46 ± 30 vs 18 ± 14 , $p < 0,01$; BSC 43 ± 26 vs 23 ± 21 , $p < 0,01$; NAVM 43 ± 31 vs 20 ± 17 , $p < 0,01$; TAVM 54 ± 34 vs 19 ± 15 , $p < 0,01$; IURSU 42 ± 27 vs 24 ± 22 , $p = 0,04$.

Conclusiones: Las coinfecciones en el paciente crítico COVID-19 son frecuentes, se asocian a estancias más prolongadas y son una causa significativa de mortalidad tardía.

264. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRATAMIENTO REALIZADO CON LOS PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19 EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Marcote Denis B, Gómez García B, Revuelto Rey J, Salas Martín J M, Jiménez Guerra E y Fernández Cuervo A

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Descripción del tratamiento médico realizado con los pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por COVID-19.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo. Variables analizadas: sociodemográficas, antecedentes médicos destacables, tratamiento realizado, gravedad y mortalidad. Periodo: marzo a diciembre de 2020.

Resultados: Ingresaron 54 pacientes (64,8% hombres y 35,2% mujeres) con edad mediana de 65 años. La gravedad por APACHE-II fue de 13,5 puntos y por SOFA 4 puntos. Debido a los nuevos conocimientos adquiridos durante la pandemia el tratamiento médico administrado en estos pacientes se ha ido modificando. Durante la primera oleada se administró cloroquina al 21,1% de los pacientes y a ninguno en la segunda ola a raíz de los resultados de los estudios. Tocilizumab se administró en el 79,6% desde el inicio de la pandemia y se ha mantenido hasta la actualidad. En la segunda oleada se han iniciado Anakinra (administrado al 59,3%); Baricitinib (68,5%) y plasma hiperinmune (25,9%). Los corticoides se han utilizado en todos los enfermos si bien las pautas se han ido modificando. Actualmente se administra metilprednisolona 1 mg/kg en perfusión continua. Respecto a la antibiocioterapia, el 87% de los pacientes recibieron antibióticos de forma concomitante al ingreso por RFA elevados o radiografía compatible con sobreinfección. Debido al potencial protombótico del COVID-19 se inicia tratamiento anticoagulante de forma precoz. En los pacientes de UCI se inicia pauta intermedia (habitualmente 60 mg/24h de HBPM, excepto contraindicaciones) y se realizan controles periódicos de antiXa para ajustar la posología, teniendo en cuenta el riesgo protombótico basal y la evolución de los parámetros analíticos, destacando el dímero-D. En este contexto la mortalidad en UCI fue de 38,5% en la primera oleada, 45% en la segunda y 43,4% global.

Conclusiones: Las continuas y múltiples investigaciones han supuesto la variación del tratamiento administrado desde el inicio de la pandemia a la actualidad. La mortalidad sigue siendo elevada. Todavía se necesitan más estudios para demostrar la utilidad de las diversas terapias en cada caso.

265. PERFIL DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA BACTERIEMIA EN EL TRANSCURSO DE NEUMONÍA POR COVID19 DURANTE SU INGRESO EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Gómez García B, Fernández Cuervo A, Marcote Denis B, Salas Martín J, Jiménez Guerra E y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar las principales características de los pacientes ingresados en nuestra UCI por neumonía por COVID19 que han desarrollado bacteriemia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en nuestra UCI durante el año 2020 por neumonía secundaria a COVID19. Variables analizadas: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM y dislipemia), valores de escalas pronósticas al ingreso (APACHE y SOFA), necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) vs cánulas nasales de alto flujo (CNAF) y exitus en UCI.

Resultados: Se recogieron estos datos de un total de 54 pacientes, de los cuales desarrollaron bacteriemia 19 (35%), siendo de ellos un 79% hombres frente a 21% de mujeres, con una edad media todos ellos de 64 años (rango de edad de 48 a 77 años). De los pacientes que tuvieron al ingreso un APACHE elevado (considerado como mayor o igual a 15), un 38,4% presentaron bacteriemia, y de los que presentaron un SOFA elevado (mayor o igual a 8), un 50% presentó bacteriemia. De los 38 pacientes que presentaban algún FRCV, desarrollaron bacteriemia un 42% de ellos (47% de los que presentaban HTA, 61% de los diabéticos y 33% de los dislipémicos). En cuanto al soporte respiratorio, se observó que de los 38 pacientes que precisaron VMI, un 50% presentó bacteriemia, sin embargo, de los 16 que solo tuvieron CNAF ninguno presentó bacteriemia. El 73,7% de estos pacientes fueron exitus en UCI.

Conclusiones: El perfil de pacientes que desarrollaron bacteriemia además de la infección por COVID-19 fueron principalmente hombres, con algún tipo de FRCV (sobre todo HTA y DM) y con necesidad de ventilación mecánica invasiva durante su estancia en UCI, lo cual podemos considerar como factores de riesgo para desarrollar bacteriemia. Aunque se necesitaría profundizar más en estudios similares puesto que puede haber sesgos que influyesen en los resultados como podría ser la edad.

266. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS BACTERIEMIAS ACOTECIDAS EN LOS PACIENTES INGRESADO EN NUESTRA UCI (TERCER NIVEL) POR COVID19

Gómez García B, Revuelto Rey J, Fernández Cuervo A, León Montañés L, de Mota Dengra E y Marcote Denis B

Hospital universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar el transcurso y las principales características de las bacteriemias en los pacientes ingresados en nuestra UCI por COVID19.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias que se desarrollaron en los pacientes ingresados en nuestra UCI por COVID19 durante el 2020. Variables analizadas: edad, sexo, valores de escalas pronósticas al ingreso (APACHE y SOFA), fallo renal o hepático asociado, origen de la bacteriemia, microorganismo causante y mortalidad.

Resultados: Se recogieron estos datos de un total de 54 pacientes, de los cuales desarrollaron bacteriemia 19 (35%), siendo de ellos un 79% hombres frente a 21% de mujeres, con una edad media todos ellos de 64 años (rango de edad de 48 a 77 años). De los 19 pacientes que desarrollaron bacteriemia, un 52,6% presentaban a su ingreso un apache elevado (definido como mayor o igual a 15) y un 31,5% un SOFA elevado (definido como mayor o igual a 8). Además, un 63% de ellos presentaron algún tipo de fallo orgánico (renal o hepático), siendo el más frecuente el fallo renal (en el 63% de los casos de bacteriemia frente al 31,5% de fallo hepático). En cuanto al origen, el más frecuente ha sido el respiratorio (31,5% de los casos), seguido del origen primario (26%). El microorganismo más frecuentemente aislado fue el *Enterobacter cloacae* (21% de los casos), seguido de tres microorganismos: *Serratia marcescens*, *Staphylococcus epidermidis* y *Klebsiella pneumoniae*, todos presentes en un 15% de los casos. La mortalidad de estos pacientes fue del 73,7%.

Conclusiones: Valores de APACHE elevados al ingreso se podrían relacionar con el desarrollo posterior de bacteriemias, y no tanto con SOFA elevado. Hubo un porcentaje elevado de pacientes que desarrolló fallo orgánico. El microorganismo más frecuente causante fue el *E. cloacae*, y la mortalidad fue muy elevada. Aun así se necesitaría un estudio de mayor dimensión para sacar conclusiones más significativas.

267. USO DE ANTIFÚNGICOS EN PACIENTES COVID INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CHN

Ares Miró P, Sanz Granado E, Zabalza Goya A, Presa Orúe A, Orera Pérez A, Rodrigo Pérez H, Arregui Remón S, Llorente Sánchez A, Lasa Berasain P y Egüés Lugea A

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Describir el tratamiento antifúngico prescrito en pacientes con infección grave por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes que recibieron tratamiento antifúngico durante su estancia en UCI entre 28/02/2020 y el 30/12/2020, con diagnóstico de infección grave por SARS-CoV-2. Todos fueron diagnosticados mediante PCR. La búsqueda de pacientes se realizó a través de la revisión del historial farmacoterapéutico. Se consideró diagnóstico de aspergilosis pulmonar: cultivo en aspirado traqueal o lavado broncoalveolar (BAL) positivo y galactomanano en BAL > 0,5 o β -D-glucano > 11 pg/mL positivo.

Resultados: 235 pacientes fueron ingresados en UCI con diagnóstico de infección grave por SARS-CoV-2. La estancia media fue de 21 días (DE 18). Se prescribió tratamiento antifúngico al 10% (23 pacientes) y su estancia media fue de 37 días (DE 18). Los 23 precisaron soporte respiratorio mediante ventilación mecánica invasiva y tratamiento corticoideo con metilprednisolona a dosis \geq 0,3 mg/kg durante más de 14 días. Los fármacos antifúngicos administrados fueron isavuconazol (IVZ) o voriconazol (VCZ). Un paciente a lo largo de su ingreso recibió los dos fármacos. IVZ fue el antifúngico más usado, 60,8% (13 pacientes). Su prescripción fue tratamiento dirigido en el 62% de los casos. En el 38% fue empírico, ante el empeoramiento clínico de los pacientes. La estancia media de los pacientes que recibieron IVZ fue 44 días (DE 18). La edad media de este grupo fue 68 años (DE 7). VCZ se utilizó en el 47,8% (11 pacientes). Su uso fue empírico en el 57% y dirigido en el 43%. La estancia media de los pacientes que recibieron tratamiento con VCZ fue de 27 días (DE 15). La edad media de este grupo fue de 60 años (DE 13). Se prescribió IVZ en el 71% de los pacientes a los que se les diagnosticó aspergilosis pulmonar. En los que no se evidenció infección se administró VCZ en el 71% de los casos.

Conclusiones: El 10% de los pacientes de nuestra serie recibieron fármacos antifúngicos y sus estancias medias fueron más prolongadas. El tratamiento antifúngico dirigido más utilizado fue IVZ. VZV fue la terapia elegida en los pacientes en los que no se diagnosticó infección.

268. COINFECCIÓN Y SOBREENFECCIÓN BACTERIANA EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 (COVID-19)

Beltrán Bernáldez R, Ferrigno Bonilla G, Rodrigo Castroviejo N, Sanmartino González C, Berenguer Rodríguez M, Monge Donaire D, Beltrán Martínez LL, Cortés Díaz SM, Marcos Gutiérrez A y Tarancón Maján C

Hospital Virgen de la Concha en Zamora.

Objetivos: Determinar y evaluar la incidencia de coinfección y/o sobreinfección bacteriana con diagnóstico de sepsis en los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por Neumonía por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Métodos: Estudio retrospectivo en el cual se incluyen pacientes que ingresan a la UCI con diagnóstico de Neumonía por SARS-CoV-2 (COVID-19). Se recogen los datos durante el período de la pandemia en nuestro centro desde el día 27/08/2020 al 15/12/2020. Se analizan datos demográficos, epidemiológicos y escalas de gravedad. Se realiza estadístico de análisis de incidencia.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes con las siguientes características basales. La mediana de edad de la población incluida en la base de datos fue de 64,4 (33-81) años, el 81% de sexo masculino, peso 80,6 (72,6-105,2) kg, talla 169,3 (164,9-170,7) cm, con una gravedad elevada como de demuestra una media de APACHE II de 14,13 (11-18) puntos y SOFA score de 5 (3-8) puntos. El 94,5% de la muestra recibió tratamiento antibiótico con duración media de 7,4 días (\pm 8,56d), sin embargo, diagnóstico de sepsis con aislamiento microbiológico identificado solo se dio en el 19%. De la evaluación de los aislamientos se observó que el 56% presentaron solo infección respiratoria, bacteriana en el 37% y mixta en el 10% (aislamiento fúngico positivo); 12,5% presentaron solo bacteriemia, 6,2% presentaron infección respiratoria y bacteriemia simultánea y 12,5% de la muestra presentó otros aislamientos. En orden de frecuencia los gérmenes aislados fueron: 43% *Pseudomonas aeruginosa*, de las cuales un 28,5% fueron MR, otro 43% fueron *S. maltophilia*, 25% especies de *Candida* spp., equivalentes en frecuencia del 19% fueron *K. pneumoniae*, *S. epidermidis* y *E. coli*. Aislamientos menos frecuentes fueron *E. faecalis*, *P. mirabilis*, *E. cloacae* en un 12,5%, 6,2% y 6,2% respectivamente. De la muestra total la mortalidad intra-UCI fue del 27%, de aquellos con diagnóstico de sepsis fue de un 54,5%.

Conclusiones: La sobreinfección microbiana es una complicación grave en los pacientes infectados por SARS-CoV-2 que supone un aumento en la mortalidad y estancia en UCI. La sobreinfección más frecuente es la afectación respiratoria bacteriana. ¿Uso de AB empírico, enmascaramiento de cultivos?

269. COINFECCIÓN DE CORONAVIRUS CON OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR COVID-19

García Huertas D, Guzmán Adum I, de Dios Chacón I y Machado Casas J

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Conocer los casos de coinfección en los enfermos ingresados por enfermedad por coronavirus (COVID-19) durante los meses de pandemia.

Métodos: Se incluyeron los pacientes que ingresaron en UCI por COVID-19 desde el 12 de marzo de 2020 hasta el 20 de enero de 2021. La coinfección se detectó mediante la realización de PCR de virus neumotropos, broncoaspirado, serología de bacterias atípicas y antigenuria de neumococo y Legionella.

Resultados: Se incluyeron 265 pacientes. Se detectaron 23 casos de coinfección (8,67%), de los cuales 2 pacientes (8,70%) presentaron coinfección con *Streptococcus pneumoniae*, 13 (56,52%) con bacterias atípicas (6 pacientes con serología positiva de *Mycoplasma pneumoniae*, 4 con *Chlamydia pneumoniae* y 3 con ambas), 3 casos (13,05%) de coinfección con otras bacterias (*Staphylococcus aureus*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* y *Haemophilus influenzae*) y 5 (21,73%) con otros virus respiratorios (1 gripe A, 1 metapneumovirus, 1 VHS-1, 1 VEB, 1 rinovirus). En los pacientes con microorganismos subsidiarios de tratamiento se realizó la terapia antibiótica o antivírica pertinente.

Conclusiones: En los pacientes que ingresan en UCI por neumonía por SARS-CoV-2, la coinfección con otras entidades puede condicionar la evolución clínica y el tratamiento, por lo que debería realizarse una búsqueda activa de la misma en estos enfermos.

270. COMPARACIÓN DEL USO DE DISPOSITIVOS EN UCI DE TERCER NIVEL DURANTE DOS PERIODOS, PRE COVID (2019) VS. PRIMERA OLA COVID-19 (2020)

Valencia Quintero JP, Rodríguez Mejías CM, López Fernández A, Molina Morales MM y Machado Casas J. Grupo de investigación: ENVIN-HELICS

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Comparar el uso de dispositivos: tubo orotraqueal (TOT), catéter venoso central (CVC), y sonda urinaria (SU), durante dos periodos, pre pandemia COVID (PC) y primera ola COVID (POC).

Métodos: Estudio descriptivo, basado en los datos recogidos en la base ENVIN-UCI de la UCI del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en Granada, recogidos durante los meses de abril a junio de 2019 (PC) y de marzo a julio de 2020 (POC), hemos analizado y comparado el uso de los dispositivos previamente descritos; Se va a mostrar la diferencia en el uso de dispositivos entre dichos periodos de tiempo.

Resultados: En el periodo PC, se registraron 265 pacientes, de los cuales 77 (29%) tuvieron TOT 135 (51%), CVC y 162 (61%) SU, rango de edad predominante en los 3 grupos fue el de 60 a 69 años, el APACHE predominante en los 3 grupos fue entre 11-15. Con un APACHE de más de 26, la necesidad de usar dispositivos sube al 78% de los pacientes en el TOT, 94% en el CVC y 94% en el de SU. En este periodo los pacientes ventilados (49) estuvieron en riesgo de desarrollar una NAVM el 82% del tiempo que estuvieron con el TOT, los que tuvieron un CVC (60) estuvieron en riesgo de desarrollar una bacteriemia el 99% del tiempo que tuvieron el catéter y de los que tuvieron la SU (59) estuvieron en riesgo de desarrollar una infección de tracto urinario el 100% del tiempo que tuvieron la sonda respectivamente. En el periodo POC, se registraron 60 pacientes, de los cuales 49 (82%) tuvieron TOT, 60 (100%) CVC y 59 (98%) SU, el rango de edad predominante en los 3 grupos fue de 40 a 59 años, el APACHE predominante en los 3 grupos fue entre 11-15. Por encima de un APACHE de 26 puntos, la necesidad de estos dispositivos se incrementa al 100% de los pacientes en el caso del TOT, 100% en el del CVC y 100% en el de SU respectivamente. En este periodo los pacientes ventilados (77) estuvieron en riesgo de desarrollar una NAVM el 43% del tiempo que estuvieron con el TOT los que tuvieron un CVC (135) estuvieron en riesgo de desarrollar una bacteriemia el 83% del tiempo que tuvieron el catéter y de los que tuvieron la SU (162) estuvieron en riesgo de desarrollar una infección de tracto urinario el 75% del tiempo que tuvieron la sonda.

Conclusiones: En este estudio descriptivo se puede apreciar un incremento en el uso de dispositivos invasivos durante el periodo POC. Dicho incremento puede ir asociado a un mayor riesgo de desarrollar infecciones y, por tanto, destaca la importancia de mantener en lo posible los programas Zero.

271. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS EMPLEADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL AÑO 2020

Valencia Quintero JP, Rodríguez Mejías CM, López Fernández A, Ramiro González S y Machado Casas J. Grupo de investigación: ENVIN-HELICS

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Conocer qué antibióticos (ATB) han sido empleados en nuestra UCI durante la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo, basado en los datos recogidos en la base ENVIN de nuestra UCI de marzo a julio 2020. Se describirán los ATBs más frecuentes (distinguiendo tratamiento específico, empírico e infecciones comunitarias), porcentaje de empleo y media \pm DE duración del tratamiento (tto).

Resultados: Hubo 60 pacientes SARS-CoV-2, se usaron 375 ATB destacando: meropenem (MP) 12,53% una media de 6,00 \pm 4,58 días, piperacilina-tazobactam (PPTZ) 12,27% una media de 5,41 \pm 3,34 días, linezolid (LZ) 10,40% una media de 5,97 \pm 4,63 días, amoxicilina-clavulánico (AC) 6,93% una media de 3,77 \pm 1,66 días, trimetoprim-sulfametoxazol (TMP) 5,60% una media de 7,62 \pm 6,09 días, ceftriaxona (CX) 5,07% una media de 3,95 \pm 1,90 días, daptomicina (DM) 4% una media de 8 \pm

6,81 días, azitromicina (AZ) 3,47% una media de $4,62 \pm 2,33$ días. En tto empírico (n: 225 ATB), los más frecuentes fueron: AZ 20,89% una media de $4,15 \pm 1,89$ días, MP 19,11% una media de $6,93 \pm 3,88$ días, LZ 18,67% una media de $6,57 \pm 3,52$, CX17,78% una media de $5,13 \pm 2,50$ días, PPTZ 8,89% una media de $7,30 \pm 3,15$ días. En infecciones comunitarias (n: 95 ATB) los más frecuentes fueron AZ 49,47% una media de $4,15 \pm 1,89$ días, CX 36,84% una media de $5,03 \pm 2,37$ días, MP 3,16% una media de $4,00 \pm 2,00$ días, LZ 2,11% una media de $3,00 \pm 1,41$ días, DM1,05% una media de $10,00 \pm 0,00$ días. En tto específico (n: 81 ATB) los más frecuentes fueron DM 14,81% una media de $7,67 \pm 5,05$, ampicilina 12,35% una media de $8,30 \pm 5,01$ días, ciprofloxacino 7,41% una media de $6,67 \pm 3,14$ días, PPTZ 7,41% una media de $3,83 \pm 0,98$ días.

Conclusiones: Durante este periodo de tiempo, destaca el uso de antibioterapia de amplio espectro tanto en el tratamiento antibiótico global como en el empírico, destacando meropenem y linezolid. Probablemente, en relación con la respuesta inflamatoria de los pacientes con SARS-CoV-2 y su situación de gravedad, se ha sido más permisivo en el uso de antibioterapia de amplio espectro.

272. RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE AMPLITUD DE DISPERSIÓN DE HEMATÍES Y VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y MORTALIDAD EN PACIENTE CRÍTICOS INGRESADOS EN UCI POR INFECCIÓN SARS-CoV-2

Álvarez Chicote N, Sousa González A, Canton Bulnes L y Garnacho Montero J
Hospital Virgen Macarena en Sevilla.

Objetivos: Estudiar la relación entre la mortalidad a los 30 días y la elevación del VPM y ADE al ingreso en UCI en pacientes con COVID-19.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional de cohortes que incluye pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda grave por COVID-19 ingresados en UCI entre el 14 de marzo y el 28 de noviembre de 2020. Se han recogido variables demográfico-clínicas y analíticas junto con las variables de ADE y VPM a estudio. Se ha considerado elevado la ADE cuando es $> 14,5\%$ y el VPM si es > 11 fl. Para el análisis estadístico las variables cualitativas se han expresado en porcentajes y para las cuantitativas se han utilizado medidas de tendencia central y dispersión. La significación estadística se determinó usando t-Student y U de Mann-Whitney para comparar variables continuas y chi-cuadrado o test de Fisher para las categóricas. Se consideraron diferencias significativas cuando el valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes con una mediana de edad de 62 años (49-69); predominio del sexo masculino 76,6% (n = 82) con una mortalidad global a los 30 días de 43,9% (n = 47). No encontramos diferencias significativas entre la mortalidad a los 30 días y la elevación de la ADE (34,5% vs 28,9%; $p = 0,546$) o del VPM (39,7% vs 43,2%; $p = 0,720$); Realizamos un análisis estratificado por edad donde igualmente no encontramos diferencias respecto a mortalidad (tabla 2). En la tabla 1 se recogen variables demográficas, parámetros analíticos al ingreso en UCI y comorbilidades.

Conclusiones: En la serie analizada no se encuentran diferencias significativas entre la mortalidad a 30 días y la elevación de la ADE o el VPM en pacientes ingresados en UCI por COVID-19.

Figura 1 Póster 272

TABLA 1. Datos demográficos, comorbilidades y alteraciones analíticas pacientes COVID-19.

Mediana (p25-p75) n (%)	EXITUS (n = 47)	NO EXITUS (n = 60)	p-valor
Demográficas y gravedad			
Edad (años)	65 (55-69)	59,5 (46-67,5)	0,026
Sexo (masculino)	35 (74,5)	45 (75)	0,741
APACHE II	11 (9-14)	9,5 (7-11)	0,012
Comorbilidades			
Diabetes mellitus	11 (23,4)	12 (20)	0,586
Insuficiencia renal	2 (4,3)	0 (0)	0,099
Cirrosis	1 (2,1)	0 (0)	0,246
SAHS	9 (19,1)	11 (18,3)	0,830
Neoplasia	4 (8,5)	3 (5)	0,429
Cardiopatía isquémica	4 (8,5)	3 (5)	0,429
IMC	29,4 (27,7-32,2)	31 (27,8-33,8)	0,296
Alteraciones analíticas al ingreso en UCI			
ADE	13,3 (12,8-14,2)	13,3 (12,7-14,4)	0,546
VPM	10,8 (10,1-11,5)	10,8 (10-11,3)	0,720
Leucocitos	11040 (7920-15920)	9180 (6837,5-11935)	0,050
Linfopenia	650 (400-835)	755 (495-1010)	0,134
PCR	136 (65,5-274,3)	146,8 (85,2-222,5)	0,850
PCT	0,24 (0,12-0,77)	0,17 (0,1-0,34)	0,219
D-dímeros	1881 (999,2-3223,7)	1140 (764,5-2538-5)	0,059
Ferritina	1283 (951-1874)	1672,6 (825,7-2407)	0,534
LDH	567 (457,7-687-5)	425 (333,5-524,7)	0,002
IL-6	36,85 (26-90,1)	34 (8,1-106-5)	0,356

SAHS: Síndrome de Apnea-Hipoapnea del Sueño; IMC: Índice de Masa Corporal; ADE: Amplitud de Distribución de Eritrocitos; VPM: Volumen Plaquetario Medio. PCR: Proteína C reactiva; IL-6: Interleucina 6; LDH: Lactato deshidrogenasa.

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 vasoespasmio se considera la complicación responsable del 20% de la morbilidad en la hemorragia subaracnoidea (HSA). Estudiar los factores asociados al vasoespasmio 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 vasoespasmio fue del 14,21%, y de resangrado 9,47%. La mortalidad durante el ingreso hospitalario fue del 9,5%. El vasoespasmio 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 vasoespasmio. Demora con vasoespasmio de $1,9 \pm 3,05$ frente a no vasoespasmio $0,88 \pm 1,59$. p = 0,1. Los pacientes con vasoespasmio 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 vasoespasmio, así como más incidencia de vasoespasmio en jóvenes.