

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 Pacheco 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.

Tabla Póster 152			
	61 IAV	277 No IAV	p
Edad md (RI)	59 (48,5-68)	63 (49-74)	0,01
% hombres	50,8	56	0,4
APACHE II md (RI)	15 (10-18)	15 (10-21)	0,4
% exitus	8,2	26,7	< 0,01
Días DVE md (RI)	18 (12,5-29)	9 (5-15)	< 0,01
Nº DVE md (RI)	1 (1-1)	1 (1-2)	< 0,01
% fibrinolisis IV	32,8	26,7	0,3
% ATB pre DVE	52,5	35,7	0,01
% P1	45,9	47,7	0,8
% Indicación DVE			
Hidrocefalia obstructiva	34,4	39	0,5
HIV	34,4	36,1	0,8
HSA	19,7	9	0,01
Medir PIC	0	5,4	0,06
Medir PIC+IQ Fosa posterior	0	1,8	0,2
Tumor	1,6	6,9	0,1
Fistula LCR	1,6	0,4	0,3
Infección DVP previa	4,9	1,4	0,08
Infección Fosa posterior	3,3	0	< 0,01

md: mediana; RI: rango intercuartílico; %: porcentaje; Nº: número; H: hemorragia IV: intraventricular; SA: subaracnoidea; ATB preDVE: antibiótico preDVE; PIC: presión intracraneal; IQ: cirugía; DVP: derivación ventrículo-peritoneal.

152. INFECCIÓN ASOCIADA AL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO Y FACTORES RELACIONADOS. ANÁLISIS DE 18 AÑOS

Castaño Ávila S, López Llorente E, Iturbe Rementería M, Muniozguen Puertas A, Urturi Matos JA, González Cubillo L, Cabañes Daro-francés S, Poveda Hernández Y, Medrano Fernández M y Canut Blasco A

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Conocer la incidencia de la infección asociada (IAV) a drenaje ventricular externo (DVE) y describir los factores relacionados.

Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con uno o más DVE de un hospital terciario desde el 2000 al 2018. El protocolo de colocación y manejo del DVE no ha variado. El muestreo de líquido cefalorraquídeo (LCR) en los primeros 9 años (P1), se hizo por sospecha de IAV y en los siguientes, cada 3 días (d) desde el d 5 de DVE. Se registraron datos demográficos, clínicos, diagnóstico de IAV, analíticas de sangre y LCR y cultivos de LCR (máximo 5 muestras de cada tipo por paciente). Se compararon pacientes con IAV y sin IAV con test de χ^2 , Fisher, t de Student y U de Mann Whitney. Se valoró normalidad con test de Kolmogorov-Smirnov. El umbral de significación fue (p) < 0,05.

Resultados: Registramos 338 pacientes (414 DVE). Hubo 61 IAV (18%). Por 1000 d de DVE, se diagnosticaron 14,51 IAV y 11,82 colonizaciones. 8 IAV tenían cultivos de LCR negativos (-). Del resto, el 71,6% fueron por gram positivos (G+), y el 28,3 por G-. El 80,8% de las colonizaciones fueron por G+, con proporción menor de G- (10,63%, p 0,02) y más hongos (8,51%, p 0,03) que las IAV. El OR de IAV con DVE puesto 7 o más d fue 5,95 (IC95% 2,3-15,3), y 4,8 (IC95% 2,5-8,9) con más de 1 DVE.

Conclusiones: Nuestra tasa de IAV y su microbiología es similar a la publicada. En nuestra serie, se asocian a IAV la menor edad, los días y el N de DVE, la HSA y la infección de fosa posterior.

153. UTILIDAD DEL ANÁLISIS CITOBIOQUÍMICO Y EL CULTIVO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, LA VALORACIÓN CLÍNICA Y LA ANALÍTICA SANGUÍNEA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN ASOCIADA AL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO. ANÁLISIS DE 18 AÑOS

Castaño Ávila S, Muniozguen Puertas A, Medrano Fernández M, Cabañes Daro-Francés S, Okariz Montoya G, Pérez Lejonaigoitia C, Martín López A, López Llorente E, Indave Iribarren L y Puente Jorge J

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Evaluar la utilidad del muestreo (M) de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) y la respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) para diagnosticar (dx) infección asociada (IAV) a drenaje ventricular externo (DVE).

Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes (pac) con DVE en hospital de nivel 3 entre el 2000 y 2018. Día (d) de M: primeros 9 años por sospechar IAV y después, cada 3 d desde el d 5 de DVE. Se registró IAV, SIRS, glucemia (glS), leucocitos (leS) y hematies (heS) en sangre y LCR (leLCR y heLCR), gluco y proteinorraquia (glLCR y prtLCR), cociente glLCR/glS y leLCR/heLCR entre leS/heS (cellind), cultivos de LCR y d de DVE de cada M. Se analizó máximo 5 M de cada tipo por pac. Se compararon pac con IAV y sin IAV con χ^2 , Fisher, t de Student y U de Mann Whitney. Se valoró normalidad con Kolmogorov-Smirnov. Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos (VP) positivo (+) y negativo (-) del cultivo y SIRS para dx IAV. Umbral de significación p < 0,05 e intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: 338 pac (414 DVE), 61 tuvieron IAV (18%). De estos, 8 con cultivo -. Hubo 48 pac sin IAV con cultivo +. Para dx IAV, el cultivo de LCR tuvo S 86,9% (IC95% 76,2-93,2), E 83% (IC95% 78,2-87), VP+ 53% (IC95% 43,3-62,5), VP- 96% (IC95% 93,5-98,3), y el SIRS una S 77% (IC95% 65,1-

Tabla Póster 153			
	61 IAV	277 No IAV	p
1ª heLCR m (DE)	46.077 (96.429)	102.798 (301.579)	0,02
1ª leS m (DE)	10.700 (8.300-12.800)	9.220 (6.550-12.100)	0,03
d DVE M1 m (DE)	5,4 (6)	3,8 (2,2)	< 0,01
2ª LeLCR md (RI)	80 (11,2-375)	20 (4,75-154,7)	< 0,01
2ª glLCR md (RI)	65 (46,5-93,5)	80 (64-93,7)	0,02
d DVE M2 m (DE)	9,6 (6,6)	7,1 (3,6)	< 0,01
3ª LeLCR md (RI)	75,5 (6,7-300)	10 (3-75,7)	< 0,01
3ª glLCR/glS md (RI)	0,4 (0,3-0,5)	0,5 (0,4-0,6)	< 0,01
3ª cellind md (RI)	14,1 (2,7-107,5)	1,5 (0,2-5,4)	< 0,01
d DVE M3 md (RI)	12 (8,7-15)	10 (7-12)	0,02
5ª LeLCR md (RI)	15 (4-200)	6,5 (2-32,5)	0,03
5ª glLCR m (DE)	55,8 (25,6)	68,7 (29,2)	0,03
d DVE M5 m (DE)	22 (12,5)	18,8 (8,5)	0,16

md: mediana; RI: percentil 25-75; 1º a 5º: orden de cada tipo de M; d de DVE M1-5: d de DVE en M1-5; m: media; DE: desviación estándar.

85,8), E 76,5% (IC95% 71,2-81,1), VP+ 42% (IC95% 33,2-51,2) y VP- 93,8% (IC95% 89,9-96,3). Análisis:

Conclusiones: Para dx IAV, el cultivo + de LCR y la SIRS tienen alto VP-, y LeLCR y gLCR pueden ser útiles desde el d 7 de DVE.

154. PRONÓSTICO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR TRATADO CON UROKINASA INTRATECAL. EXPERIENCIA DE 18 AÑOS

Castaña Ávila S, Iturbe Rementería M, Urturi Matos JA, Rodríguez Trujillo I, Mordillo Cano H, González Cubillo L, Fernández Miret B, Urroz Zabalegui M, Corral Lozano E y Fonseca San Miguel F

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Evaluar el pronóstico (Px) del paciente con hemorragia intraventricular (HIV) tratada con fibrinolisis (F) intraventricular (IV) y describir sus complicaciones.

Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de los pacientes con HIV ingresados entre 2000 y 2018 en un Hospital Universitario de nivel terciario tratados con 10.000 UI de urokinasa (UK) IV cada 12h hasta Graeb < de 6. El muestreo del líquido cefalorraquídeo en los primeros 9 años (P1), se hizo por sospecha de infección asociada (IAV) al drenaje ventricular externo (DVE) y en los siguientes (P2), cada 72 horas desde el día 5 de DVE. Se registraron datos demográficos, escala de coma de Glasgow (GCS), Graeb, Glasgow Outcome Scale (GOS) y complicaciones relacionadas con la FIV. Análisis comparativo de fallecidos y supervivientes, con χ^2 y t de Student con umbral de significación (p) 0,05. Se valoró la normalidad con test de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados: Recibieron FIV 92 pacientes (66,3% hombres), 44 en P1 y 48 en P2, con similar mortalidad (43% frente a 35%, p = 0,44). La edad media (m) fue 59,6 (desviación estándar DE 15,9) y APACHE m 16,4 (DE 5,8). Tomaban anticoagulación (AC) el 17,3%, antiagregantes (AG) el 6,5% y la mitad eran hipertensos (HTA). El GCS m al inicio de la FIV fue 8,7 (DE 3,39) y Graeb m fue 8,7 (DE 1,8). El 56,5% de las HIV fueron severas (Graeb 9 a 12). Se complicaron con IAV el 22,8% y con sangrado el 8,6%. Fallecieron 36 pacientes (39,1%). En los que sobreviven, el GOS a los 3 meses fue 2 en el 14,2%, 3 el 28,5%, 4 el 32,1% y 5 el 23,2%.

Conclusiones: Los pacientes con HIV tratados con UK IV tienen un % bajo de complicaciones y el Px funcional a los 3 meses de los supervivientes es bueno en más de la mitad.

	36 Fallecidos	56 Supervivientes	p
Edad m (DE)	64,2 (13,1)	56,7 (16,9)	0,02
APACHE II m (DE)	18,1 (6,2)	15,3 (5,3)	0,03
Género (% varones)	77,7	58,9	0,62
Coagulopatía (%)	41,6	12,5	0,01
HTA (%)	55,5	46,4	0,39
HIV (% 1aria:%2aria)	22,2:77,8	33,9:66,1	0,22
HIV Severa (%)	61,1	53,5	0,47
GCS inicio FIV (%)	8,6 (3,1)	8,7 (3,5)	0,87
Graeb m (DE)	8,5 (1,7)	8,7 (1,8)	0,64
Días DVE m (DE)	10,8 (6,7)	17,6 (11,2)	< 0,01
Días FIV m (DE)	5,5 (3,6)	6,2 (3,8)	0,36
IAV (%)	19,4	26,7	0,53
Colonización (%)	13,8	19,6	0,44
Sangrado (%)	8,3	8,9	0,92

#: porcentaje. Coagulopatía: alteración de coagulación, tratamiento AC o AG.

155. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA INGRESADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL (2014-2020)

Marcote Denis B, Díaz Sesé R, Fernández Cuervo A y De Mota Dengra E

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel por hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea.

Métodos: Análisis retrospectivo. Periodo: enero 2014-diciembre 2020. Variables sociodemográficas, factores de riesgo, situación al ingreso, características de la hemorragia, tratamiento, complicaciones y evolución. Análisis de frecuencia en mediana.

Resultados: Ingresaron 153 pacientes (38,6% hombres; 61,4% mujeres) con edad mediana de 56 años. Un 8,5% eran consumidores de tóxicos; 35,9% fumadores; 4,8% tomaban anticoagulantes y 4,6% antiagregantes. El 37,3% padecían hipertensión arterial; 11,8% diabetes; 24,8% dislipemia; 2% habían tenido ACV hemorrágico previo y 2% isquémico. Al ingreso, el síntoma más frecuente fue cefalea (65,4%) seguido de deterioro del nivel de conciencia (31,4%); 50,3% presentaron GCS inicial < 8 puntos (de ellos 50,6% 3 puntos); 10,5% anisocoria y 7,8% midriasis bilateral; 43,8% crisis hipertensiva y 13,1% shock grave o PCR. Gravedad por APACHE-II 20 puntos. El 85,6% eran Fisher IV; 39,5% WFNS V; 27,6% WFNS IV y 43,1% Hunt-Hess V. La arteria más afectada fue la comunicante anterior (25,5%); en 11,1% no se visualiza aneurisma y un caso fue secundario a MAV. En 3,9% el aneurisma era conocido y 12,7% eran múltiples. El 49% se embolizó en las primeras 24h, el tiempo diagnóstico-tratamiento fue de 24h (media 56 horas); 7,8% se cliparon quirúrgicamente; 3,3% precisó tratamiento mixto y en 19,6% se desestimó tratamiento. Un 54,6% presentó HTIC (de los cuales 8,5% precisó craniectomía descompresiva), 40,8% hidrocefalia (de ellos 91,9% precisaron DVE y 22,6% DVP), 3,3% resangrado y 10,5% vasoespasmo. La estancia mediana en UCI fue 12 días y la mortalidad 35,3% (75,5% por muerte encefálica). El resultado funcional al alta por Glasgow Outcome Scale fue 25,3% 5 puntos; 14% 4 puntos y 18,7% 3 puntos.

Conclusiones: Los pacientes presentaron elevada gravedad, incidencia de complicaciones y morbimortalidad.

156. FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA: ANÁLISIS TRAS 7 AÑOS

Sánchez Ramírez C^a, Lübbe Vázquez CF^a, Díaz Suárez LM^a, Rodríguez Mata C^a, Vicente Arranz JL^a, Saavedra Santana P^b y Ruiz Santana S^a

^aHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin en Las Palmas de Gran Canaria. ^bUniversidad de Las Palmas en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar los factores asociados con la discapacidad y la mortalidad en pacientes con craniectomía descompresiva (CD).

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2013 hasta 1 diciembre de 2020 que requirieron CD. La CD se realizó por hipertensión intracraneal (HIC) refractaria al tratamiento médico. Variables analizadas: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos; episodios de hipotensión; tipo de craniectomía y complicaciones; Escala Rankin y escala outcome de Glasgow (GOS); niveles preoperatorios de lactato sérico y número de horas con presión intracraneal elevada antes de CD; hipo e hiperglucemia; aplicación de tratamiento hiperosmolar; leucocitos y plaquetas antes de CD y otros factores relacionados. Los porcentajes se compararon con el test de la χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Se realizó un análisis de mortalidad y discapacidad en el momento del alta de la UCI y 6 meses después del alta de UCI. Se consideró estadísticamente significativo p ≤ 0,05. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 3.3.1 (R Development Core Team, 2019).

Resultados: Se analizaron 41 pacientes con CD. La mayoría fueron hemorragias subaracnoideas (HSA) 21 (51,2%). Las CD en TCE se realizaron en 15 (36,6%) pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron necesidad de reintervención 16 (39,02% de ellas) e hidrocefalia 15 (35,5%). Seis pacientes fallecieron al alta de UCI (14,6%), 4 (66,6%) de ellos fueron HSA. De los 15 pacientes con TCE y CD, fallecieron 3 (7,3%), La mediana de Rankin en el alta de UCI fue de 4,5 y el GOS fue de 3. Rankin a los 6 meses tras de alta de UCI, fue de 5 y el GOS fue de 3. En el análisis de discapacidad a los 6 meses tras el alta de UCI, no obtuvimos factores asociados significativamente (tabla 1). La mortalidad a 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente a una pupila reactiva previa a CD (p: 0,007) desplazamiento de la línea media en el TAC cráneo al ingreso (p: 0,049) y reactividad pupilar bilateral previa a CD (p: 0,002) (tabla 2).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con CD fue del 14,6% al alta de UCI. Rankin y GOS reflejan una discapacidad grave en nuestros pacientes con CD al alta y 6 meses después del alta de la UCI. La mortalidad 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con una pupila reactiva previa a CD, desplazamiento de línea media en TAC cráneo de ingreso y reactividad pupilar bilateral previa a CD.

Figura 1 Póster 156

	Global N = 41	Rankin al alta en UMI		P
		< 3 N = 9	≥ 3 N = 32	
Edad (años)	46.1 (35.6 - 55.5)	41.8 (38.8 - 56.4)	46.6 (33.9 - 55.2)	0.833
Sexo femenino	14 (34.1)	4 (44.4)	10 (31.2)	0.692
APACHE-II	22.5 (18.8 - 26)	25.0 (21.5 - 26.5)	22 (18 - 25)	0.293
GCS al Ingreso	9.5 (5.2 - 14)	12 (5 - 13)	9 (6 - 14)	0.917
GCS al ingreso en UMI	3 (3 - 7.5)	3 (3 - 10)	3 (3 - 7)	0.693
Exitus UMI	7 (17.5)	-	-	-
Exitus Hospital	2 (5.4)	-	-	-
Exitus Alta	3 (8.6)	-	-	-
Exitus	12 (33.3)	-	-	-
Diabetes mellitus	5 (12.2)	1 (11.1)	4 (12.5)	1
Hipertensión arterial	7 (17.1)	3 (33.3)	4 (12.5)	0.165
Dislipemia	8 (19.5)	2 (22.2)	6 (18.8)	1
Tumor	4 (10.0)	1 (12.5)	3 (9.4)	1
HSA	21 (51.2)	5 (55.6)	16 (50.0)	1
Tratamiento con antiagregantes	2 (4.9)	1 (11.1)	1 (3.1)	0.395
ACM Maligna	10 (24.4)	1 (11.1)	9 (28.1)	0.410
Subdural agudo	15 (37.5)	3 (37.5)	12 (37.5)	1
Obliteración_3_ventriculo_o_colapso_	16 (40.0)	1 (12.5)	15 (46.9)	0.114
Cisternas de la base				
Hematoma no evacuado	8 (20.0)	3 (37.5)	5 (15.6)	0.320
Contusión focal con edema y	16 (40.0)	5 (62.5)	11 (34.4)	0.229
Expansividad				
Lesión evacuada	8 (20.0)	2 (25.0)	6 (18.8)	0.650
TCE	15 (36.6)	5 (55.6)	10 (31.2)	0.248
Ninguna pupila reactiva previo CD	5 (12.8)	1 (14.3)	4 (12.5)	1
IOT previo Hospital	13 (31.7)	4 (44.4)	9 (28.1)	0.429
IOT Urgencias	12 (29.3)	1 (11.1)	11 (34.4)	0.240
IOT quirófano	10 (24.4)	3 (33.3)	7 (21.9)	0.739
Transfusión previo CD	9 (23.1)	1 (12.5)	8 (25.8)	0.780
Convulsiones previo CD	4 (10.3)		4 (12.9)	0.563
Midriasis bilateral arreactiva previo CD	3 (7.7)		3 (9.7)	1
Ambas pupilas reactivas previo CD	27 (69.2)	6 (85.7)	21 (65.6)	0.403
Una pupila reactiva previo CD	4 (10.5)		4 (12.5)	1
Ninguna pupila reactiva previo CD	5 (12.8)	1 (14.3)	4 (12.5)	1
Lesión extracraneal	4 (10.3)		4 (12.9)	0.563
Desplazamiento línea media TAC ingreso	5 (0 - 8.8)	1.5 (0 - 8.5)	5 (0 - 8.8)	0.596
Plaquetas antes CD	228 (176 - 272)	258 (246 - 293)	217 (166 - 260)	0.192

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). HSA: hemorragia subaranoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: intubación orotraqueal; CD: craneotomía descompresiva

157. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA HSA ESPONTÁNEA

Bringas Bollada M, Alonso Martínez P, Blesa Malpica A, García-Perrote S, Gil Conde A, Galbán C, Palazón A, Calle M, Postigo C y Sánchez M

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, supone el 5% del total de ictus, afecta a pacientes jóvenes y tiene una elevada morbimortalidad. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar 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 25 (IBM®) y R.

Resultados: Se analizaron 190 pacientes. El 62,1% fueron mujeres. El 60,52% fueron menores de 65 años. El 60,20% presentaron Fisher III o IV.

El 77,36% fueron aneurismas, el 1,05% son fistulas y el 4,74% fueron malformación arteriovenosa. En el 67,89% tratamiento endovascular de la lesión, solo el 17,36% preciso DVE. El tiempo de demora entre ingreso y tratamiento fue de 1 día de mediana (q25: 0; q75: 1). La incidencia de vasoespasmo fue del 14,21%, y resangrado 9,47%. La mortalidad en UCI fue del 20%. Tan solo se objetivaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad en grados altos de Fisher (III, IV respecto a I, II), $p = 0,001$; la presencia de hemorragia intraventricular (HIV) ($p = 0,024$), edad ($62,28 \pm 11,86$ frente a $57,74 \pm 14,87$ $p = 0,04$); ventilación mecánica (17,3% frente a 2,63%, $p < 0,001$); la estancia hospitalaria ($28,07 \pm 27,02$ frente a $8,97 \pm 12,84$, $p < 0,001$). El GCS tanto al ingreso $6,07$ (4-13) frente a $11,81$ (8-15), como el peor durante estancia fueron inferiores ($4,84$ (3-5) frente a $11,21$ (7-15) mostrando significación estadística $p < 0,001$ en ambos casos. En el multivariado la presencia de HIV, la edad y el peor GCS mostraron significación respecto al fallecimiento.

Conclusiones: La epidemiología de la HSA en cuanto a incidencia, edad y distribución por sexo no difiere de la descrita en la literatura. La asociación con otros diagnósticos vasculares, en especial HIV, determinaron peor pronóstico.

Figura 2 Póster 156

Tabla 2. Análisis univariado de mortalidad a las 6 meses alta en pacientes con CD

	Vivos N = 29	Muertos N = 12	P-valor
Edad (años)	46.6 (31.5 - 56.4)	45.5 (37.7 - 54.3)	0.892
Sexo femenino	8 (27.6)	6 (50.0)	0.278
APACHE-II	22 (16 - 25.2)	23.5 (22 - 26.5)	0.156
Diabetes Mellitus	3 (10.3)	2 (16.7)	0.620
Hipertensión arterial	6 (20.7)	1 (8.3)	0.651
Dislipemia	6 (20.7)	2 (16.7)	1
Tumor	3 (10.7)	1 (8.3)	1
HSA	14 (48.3)	7 (58.3)	0.558
Tto con antiagregantes	2 (6.9)	0 (0.0)	1
ACM Maligna	6 (20.7)	4 (33.3)	0.441
Subdural agudo	11 (39.3)	4 (33.3)	1
Obliteración 3º ventrículo o colapso cisternas de la base	11 (39.3)	5 (41.7)	1
Hematoma no evacuado	7 (25.0)	1 (8.3)	0.396
Contusión focal con edema y expansividad	14 (50.0)	2 (16.7)	0.079
Lesion evacuada	5 (17.9)	3 (25.0)	0.677
TCE	11 (37.9)	4 (33.3)	1
Ninguna pupila reactiva previo CD	3 (11.1)	2 (16.7)	0.634
IOT previo Hospital	10 (34.5)	3 (25.0)	0.719
IOT Urgencias	7 (24.1)	5 (41.7)	0.285
IOT quirófano	8 (27.6)	2 (16.7)	0.783
Transfusión previo CD	6 (21.4)	3 (27.3)	0.403
Convulsiones previo CD	1 (3.6)	3 (27.3)	0.060
Midriasis bilateral arreactiva previo CD	2 (7.1)	1 (9.1)	1
Ambas pupilas reactivas previo CD	23 (85.2)	4 (33.3)	0.002
Una pupila reactiva previo CD	0 (0.0)	4 (33.3)	0.007
Ninguna pupila reactiva previo CD	3 (11.1)	2 (16.7)	0.634
Lesion extracraneal	2 (7.1)	2 (18.2)	0.562
Exitus UMI	-	7 (58.3)	-
Exitus Hospi	-	2 (16.7)	-
Exitus Alta Hospital	-	3 (25.0)	-
Desplazamiento línea media TAC ingreso	3reso (0 - 6.5)	8.5 (2.5 - 10)	0.049
GCS Ingreso	10 (5 - 14.5)	7 (6 - 13)	0.673
GCS ingreso UMI	3 (3 - 9)	3 (3 - 5)	0.482
Plaquetas antes CD	224 (179 - 263)	252 (188 - 326)	0.391

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%).HSA: hemorragia subaranoidea; ACM: arteria cerebral media;TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: intubación orotraqueal; CD: craneotomía descompresiva

158. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN LOS DESENLACES DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Manzano Moratino D, Jiménez Clemente J, Gonçalves Gonçalves G, Gómez Mediavilla K y Tejerina Álvarez EE. *Grupo de investigación:* UCI del Hospital Universitario de Getafe

Hospital de Getafe en Getafe.

Objetivos: Analizar el efecto de la ventilación mecánica (VM) en los desenlaces clínicos y los factores asociados con la mortalidad en pacientes neurocríticos con VM.

Métodos: Estudio de cohortes de todos los pacientes neurocríticos consecutivos ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe del 15 de Noviembre de 2012 al 1 de Noviembre de 2020. Se realizaron sendos análisis de regresión logística para analizar el efecto de la VM en la mortalidad e identificar factores asociados con la mortalidad. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de dicho centro.

Resultados: Se han incluido 619 pacientes, de los que 396 (64%) recibieron VM. En los pacientes con VM, en comparación con aquellos que no precisaron VM, fue más frecuente la hemorragia intracraneal (HIC) (49% vs

43%, $p < 0,05$); la edad media (64 vs 59 años, $p < 0,001$), el porcentaje de pacientes con GCS ≤ 8 al ingreso (56% vs 1%, $p < 0,001$), SAPS II ≥ 50 (38% vs 1%, $p < 0,001$) e hipertensión intracraneal (HTIC) (49% vs 0,4%, $p < 0,001$) fueron significativamente mayores. El tiempo de estancia en UCI (mediana, 11 vs 3 días, $p < 0,001$), de estancia hospitalaria (mediana, 20 vs 9 días, $p = 0,000$), la mortalidad hospitalaria (38% vs 3%, $p < 0,001$) y el porcentaje de pacientes con una puntuación desfavorable (4-5) en la escala modificada de Rankin (mRS) al alta hospitalaria (40% vs 12%, $p < 0,001$) fueron mayores en los pacientes con VM. La necesidad de VM se asoció con mayor riesgo de desenlace neurológico desfavorable (mRS 3-6) (odds ratio [OR] 7,051; $p < 0,001$). Entre los factores independientemente asociados con la mortalidad en pacientes neurocríticos con VM se han identificado: edad ≥ 65 años (OR 2,776; $p < 0,001$), GCS ≤ 8 al ingreso (OR 3,657; $p < 0,001$), SAPS II (por cada punto) (OR 1,051; $p < 0,001$), HTIC (OR 6,401; $p < 0,001$) y HIC como patología estructural (OR 1,892; $p = 0,029$).

Conclusiones: Los pacientes neurocríticos que precisan VM, tienen mayor mortalidad y peores resultados funcionales que los pacientes sin VM. La mortalidad en pacientes neurocríticos con VM se asocia con una mayor gravedad al ingreso, edad avanzada y con HIC como patología estructural.

159. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS ENFERMOS CRÍTICOS CON PATOLOGÍA ESTRUCTURAL NEUROLÓGICA. LA "OTRA CARA DE LA MONEDA"

Jaramillo Sotomayor CE, Jiménez Clemente J, Manzano Moratino D, Gonçalves Gonçalves G, Gómez Mediavilla K y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe en Getafe.

Objetivos: Analizar el impacto de la pandemia por coronavirus (COVID-19) en los desenlaces de los pacientes neurocríticos.

Métodos: Estudio de cohortes de todos los pacientes neurocríticos consecutivos ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de noviembre de 2020. Se compararon las características basales y los desenlaces de los pacientes neurocríticos ingresados en el periodo pre-COVID-19 (de 15/11/2012 a 29/02/2020) con los ingresados en el periodo de la pandemia por COVID-19 (de 1/03/2020 a 1/11/2020).

Resultados: Se incluyeron 619 enfermos, de los cuales 42 ingresaron en UCI durante la pandemia por COVID-19, con una media de edad 62 ± 15 años y siendo la mayoría de ellos varones (67%). La patología intracraneal más frecuente fue la hemorragia intracraneal (43%) seguida del traumatismo craneoencefálico (33%). La duración de la ventilación mecánica, estancia en UCI y estancia hospitalaria (6 días, 5,5 días y 11 días respectivamente) tiempos que fueron similares a la etapa pre-pandemia. En la situación funcional al alta y la mortalidad no se observaron diferencias significativas.

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 no ha tenido impacto clínico en los desenlaces de los pacientes neurocríticos ingresados en nuestra UCI en comparación con la etapa pre-COVID-19.

160. FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Bringas Bollada M, Alonso Martínez P, Blesa Malpica A, Palazón A, García-Perrote S, Gil Conde A, Galbán C, Calle M, Ortuño Anderiz F y Sánchez M

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, supone el 5% del total de ictus, afecta a pacientes jóvenes y tiene una elevada morbimortalidad. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA (espontánea y traumática) entre julio 2012 y diciembre del 2020. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero, o media y DE según ajuste a normalidad. 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 60,5% fueron menores de 65 años. El 60,2% presentaron Fisher III o IV. El 53,7% tenía lesión vascular asociada. En 151 pacientes se trató la lesión vascular, el 67,8% fue endovascular, solo en el 24,5% fue quirúrgico. Resangrado en el 10,2%. La mortalidad durante estancia en UCI fue del 20%. Se objetivaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad la asociación con hemorragia intraventricular ($p = 0,024$) y la necesidad de ventilación mecánica. En el multivariado la presencia de HIV, la edad y el peor GCS mostraron significación respecto al fallecimiento.

Conclusiones: La epidemiología de la HSA en cuanto a incidencia, edad y distribución por sexo no difiere de la descrita en la literatura. En la mayoría de los casos se identifica alteración vascular subyacente que es tratada de forma endovascular. El GCS < 9 y la necesidad de ventilación mecánica tienen valor pronóstico en cuanto a mortalidad. La asociación con otros diagnósticos vasculares cerebrales fue también determinante de un peor pronóstico.

161. ANALIZAR LA MORTALIDAD DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON ICTUS ISQUÉMICOS QUE PRECISAN INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Méndez-Benegassi Cid C, Azcariz Bertrán MJ, Calderón Rodríguez A, Rodríguez Vásquez PE, González Gómez A y Ramos Cuadra JA

Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar mortalidad y factores asociados a ella, en pacientes mayores de 80 años con Ictus Isquémicos ingresados en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados con Ictus Isquémico en una UCI. El periodo de estudio fue desde 2017 a 2020. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se comparan mediante chi-cuadrado, odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC95%). Las cuantitativas se expresan mediante mediana y cuartiles.

Resultados: Durante el periodo ingresaron en UCI 217 pacientes con Ictus Isquémico, 56 de ellos > 80 años (25,8%) y 161 ≤ 80 años (74,2%). El 46,4% de los pacientes > 80 años eran hombres frente al 59% en ≤ 80 años

Figura Póster 159

	PRE COVID-19 (N=577)	COVID-19 (N=42)	Valor p
Características basales			
Edad, media (desviación estándar, DE)	62 (16)	62 (15)	0,920
Sexo, masculino, n (%)	357 (62)	28 (67)	0,537
SAPSII, media (DE)	37 (16)	35 (15)	0,382
Glasgow Coma Scale (GCS) al ingreso, media (DE)	10 (4)	11 (4)	0,717
Patología neurológica, n (%)			
Hemorragia intracraneal	267 (46)	18 (43)	0,340
Traumatismo craneoencefálico	183 (32)	14 (33)	0,828
Hemorragia subaracnoidea	98 (17)	9 (21)	0,463
Ictus isquémico	29 (5)	1 (2)	0,442
Desenlaces			
Intubados, n (%)	369 (64%)	27 (64%)	0,965
Duración de la VM (días), mediana (rango intercuartil, RI)	8 (2 – 15)	6 (3 – 14)	0,446
T° estancia en UCI (días), mediana (RI)	6 (3 – 15)	5,5 (3 – 13)	0,202
T° estancia hospitalaria (días), mediana (RI)	13 (7 – 30)	11 (6 – 24,5)	0,365
Escala modificada de Rankin al alta hospitalaria (mRS), n (%)			
• 0-1	190 (33)	12 (29)	0,562
• 2-3	71 (12)	6 (14)	0,708
• 4-5	170 (29,5)	15 (36)	0,148
Mortalidad hospitalaria, n (%)	146 (25)	9 (21)	0,576

($p < 0,07$; OR = 1,6, IC95% (0,90-3,10)). Los pacientes > 80 años eran más hipertensos (80% vs 62%, $p < 0,01$; OR = 2,2, IC95% (1,18-5,26)), dislipémicos (67% vs 52%, $p < 0,035$; OR = 1,9, IC95% (1,01-3,7)) y diabéticos (39% vs 24%, $p < 0,025$; OR = 2,04, IC95% (1,06-4)), (41,3% vs 11,3%, N.S.). Como otros antecedentes destacaban mayor porcentaje de cardiopatía isquémica (23% vs 14% N.S.) y arritmias (39% vs 21%, $p < 0,007$; OR = 2,4, IC95% (1,27-4,76)). La puntuación de la escala NIHSS inicial en ambos grupos, no presentó diferencias significativas, con una media de 16,29 puntos (4-26) y una desviación estándar 5. La arteria ocluida predominante en ellos fue la ACM, siendo la ACM-D la más frecuente, sin alcanzar significación estadística (28,9% vs 23%). A estos pacientes, se les realizó menos fibrinólisis (44% vs 68% $p < 0,001$; OR = 0,37, IC95% (0,19-0,68)) e igual tromboectomía mecánica (87,5% vs 88,2% N.S.) ya que fue más frecuente el ictus del despertar en ellos (48,2% vs 28,6% $p < 0,006$; OR = 1,8 IC95% (1,19-2,8)). Precizaron menos ventilación mecánica (12,5% vs 25,5%; $p < 0,03$; OR = 0,43, IC95% (0,17-0,99)), con una estancia en UCI de 1 día de mediana (0-10), no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Fallecieron 15 pacientes (26,8%), teniendo mayor mortalidad los > 80 años (26,8% vs 15,5%, $p < 0,05$; OR = 1,6, IC95% (1,1-2,6)).

Conclusiones: Los pacientes > 80 años tienen mayor mortalidad frente a los ≤ 80 años. Con más factores de riesgo cardiovasculares y patología cardíaca. A pesar de la menor incidencia del tratamiento fibrinolítico por ser más frecuente los ictus del despertar en ellos.

162. ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS EN LA ASISTENCIA MÉDICA A PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS

Azcariz Bertrán MJ, Méndez-Benegassi Cid C, Calderón Rodríguez A, Rodríguez Vásquez PE, Catalán Muñoz V y Ramos Cuadra JA

Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar las características de la población y los tiempos en la asistencia médica de los pacientes que sufren Ictus Isquémico ingresados en UCI, tras implantación de Código Ictus.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados con Ictus Isquémico en UCI. Se comparan el año 2019 con 2020. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y las cuantitativas se expresan mediante mediana. La comparación de tiempos de retraso se realizó mediante ANOVA.

Resultados: Durante el periodo ingresaron en UCI 116 pacientes con Ictus Isquémico, 59 mujeres y 57 hombres (49,1%). De ellos eran: hipertensos 72,4%, dislipémicos 62,9%, diabéticos 31%, obesos 17,2%, cardiopatías 19,8% y 13,8% fumadores. El 29,3% presentaban antecedentes de arritmias, 14,7% neoplasias y 12,9% ictus previos. La puntuación de la escala NIHSS inicial presentó una mediana de 16 puntos (12-20) y a las 24 horas 10 (4-17). La mediana del Rankin basal 0 y Apache-II 13 (10-16). La mortalidad en UCI fue mayor en 2019 (58% vs 42%) sin alcanzar significación. Tras la implantación del Código Ictus, en el segundo periodo se observó una tendencia, sin alcanzar significación, a menores retrasos en los tiempos desde la llegada a urgencias hasta realización de TAC (2019: 32 ± 37 vs 2020: 25 ± 16 minutos, N.S.), desde TAC hasta realización de fibrinólisis (2019: 24 ± 31 vs 2020: 18 ± 19 minutos, $p = 0,085$, N.S.), desde urgencias hasta fibrinólisis (2019: 49 ± 31 vs 2020: 40 ± 17 minutos, $p = 0,073$, N.S.) y desde TAC hasta recanalización arterial (2019: 154 ± 74 vs 2020: 146 ± 61 minutos, N.S.).

Conclusiones: Durante los dos años de análisis de tiempos tras la implantación de código ictus, hemos podido observar una tendencia a la disminución de retrasos desde la llegada del paciente a urgencias hasta la recanalización de la arteria. Aún así, es preciso aumentar la conciencia y formación de personal sanitario para mejorar la optimización de tratamiento.

163. CULTIVO POSITIVO EN EL PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO. ¿ES UNA INFECCIÓN ASOCIADA A VENTRICULOSTOMÍA O UNA COLONIZACIÓN DEL CATÉTER?

Castaño Ávila S, Urroz Zabalegui M, Vallejo de la Cueva A, Legaristi Martínez N, García Domelo P, Tejero Mojena A, Barrasa González H, Balziskueta Flórez G, Quintano Rodero A y Maynar Moliner FJ

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Evaluar factores asociados y diferencias citobioquímicas en sangre (S) y líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes (pc) con in-

fección asociada (IAV) a drenaje ventricular externo (DVE) y pc con colonización asociada a DVE (CAV).

Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pc con 1 o más DVE en hospital de nivel terciario entre el 2000 y 2018, con mismo protocolo de cuidados del DVE. Toma de muestras (M) de LCR los primeros 9 años (P1) ante sospecha de IAV y los siguientes, cada 3 días (d) desde el d 5 de DVE. Se registraron datos demográficos, indicación del DVE, respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), diagnóstico (dx) de IAV, antibioterapia profiláctica (ATB preDVE), resultados y día de análisis de LCR, S y cultivos (C) de LCR (máximo 5 M de cada por pc). Se compararon pc con IAV y pc con CAV con test de χ^2 , Fisher, t de Student, Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney. Se valoró normalidad con test de Kolmogorov-Smirnov. El umbral de significación fue ($p < 0,05$). Se calculó riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: De 338 pc (tuvieron 414 DVE), hubo 61 IAV (8 con C-) y 47 CAV. La mortalidad fue similar (RR 0,48 (IC95% 0,17-1,38)). El % de pc con IAV y C positivo (+) el día 5 de DVE (M1) fue < que con CAV (26,2 vs 48%, $p < 0,04$), pero > el día 12 (M3) (42,6 vs 12,7% $p < 0,01$) y el día 22 (M5) (24,6 vs 10,6% $p < 0,01$). En pc con hemorragia subaracnoidea (HSA) y C+ fue 4,6 veces más frecuente IAV que CAV (IC 95 1,09-19,67), sin otras indicaciones con diferencias significativas. No encontramos diferencias en citobioquímicas de LCR ni en la S entre IAV y CAV.

	61 IAV	47 CAV	P
Edad md (RI)	56,9 (14,57)	57,23 (18,05)	0,14
% hombres	50,8	57,4	0,49
APACHE II md (RI)	15 (10-18)	15 (10-21)	0,4
% Fallecidos	8,2	17	0,16
Días DVE m (DE)	21,34 (13,55)	14,98 (9,6)	0,01
Nº DVE md (RI)	1,52 (0,78)	1,23 (0,47)	0,02
% pacientes con SIRS	77	34	< 0,01
% Fibrinólisis IV	32,8	34	0,89
% ATB preDVE	52,5	35,7	0,05
% P1	45,9	68	0,02
GluLCR/GluS M3 md (RI)	0,46 (0,3-0,54)	0,54 (0,38-0,66)	0,05

md: mediana; RI: P25-P75%; %: porcentaje; m: media; DE: desviación estándar; IV: intraventricular.

Conclusiones: En esta serie, el tiempo y número de DVE aumentó la probabilidad de IAV, y el muestreo de P1 la CAV. La clínica de SIRS es más frecuente en IAV. En general la IAV tiene C+ más tarde que CAV. Es infrecuente la CAV en el pc con C+ y HSA

164. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2020 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

Molina Díaz I^a, Rodríguez Ramos SP^a, Marinaro Colonna A^a, Garzón Pérez R^a, Miranda Montero SI^a, Secaduras Arbelo TM^a, Rivero Darías A^a, García Morales I^a, Castellano Pérez RM^a y Rodríguez González MA^a

^aComplejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^bCentro de Salud de Granadilla de Abona en Granadilla de Abona.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva con el diagnóstico inicial de traumatismo craneoencefálico.

Métodos: Análisis de los datos incluidos en la base de datos de pacientes ingresados en el Servicio e incluidos en el registro nacional de pacientes politraumatizados (RETRAUCI), durante el periodo analizado, desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

Resultados: Durante el periodo analizado se ingresan en el Servicio 23 pacientes (95,65% hombres) con el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, con edad media de 49,78 años (DE ± 15,63), con GCS de ingreso de 7 (DE ± 4) y estancia media en el Servicio de 7,6 días (DE ± 9). Los pacientes presentaron un Injury Severity Score (ISS) de 18 puntos (DE ± 9,94) y mortalidad acumulada de un 17% de los pacientes.

Conclusiones: A pesar de ser analizado un año donde existió una disminución importante en la incidencia de esta patología en nuestro Servicio, en relación con las medidas de confinamiento, podemos concluir que sigue siendo una patología que afecta principalmente a pa-

cientes hombres relativamente jóvenes y con alta mortalidad, además de presentar un elevado índice de gravedad en la escala ISS.

165. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS VARIABLES VALOR DE GLASGOW COMA SCORE (GCS) AL INGRESO Y LA VARIABLE INJURY SEVERITY SCORE (ISS) Y EL RESULTADO DE EXITUS LETALIS EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2020 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

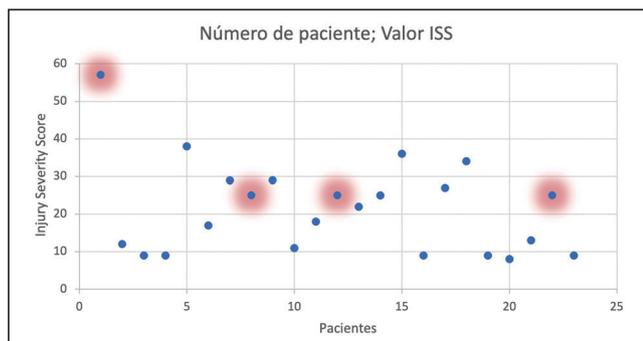
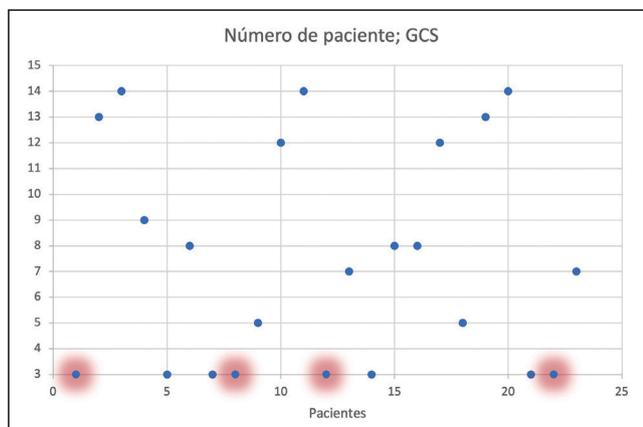
Molina Díaz I^a, Rodríguez Ramos ST^a, Garzón Pérez R^b, Castellano Pérez RM^a, Miranda Montero SI^a, Medina Rodríguez JC^a, Viera Rosales S^a, Marinero Colonna A^a, Ramos Izquierdo MA^a y García Morales I^a

^aComplejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^bCentro de Salud de Granadilla de Abona en Granadilla de Abona.

Objetivos: Analizar la relación existente entre la variable Glasgow Coma Score (GCS) a la recogida del paciente y la variable Injury Severity Score (ISS) de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva en el período comprendido entre el 1 de enero de 2020 y 31 de diciembre de 2020, con el diagnóstico inicial de traumatismo craneoencefálico (TCE) y resultado de exitus letalis. Valoramos la relación más directa entre estas dos variables y el resultado final de exitus letalis.

Métodos: Análisis de los datos incluidos en la base de datos de pacientes ingresados en el Servicio e incluidos en el registro nacional de pacientes politraumatizados (RETRAUCI), durante el período analizado, desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020. Analizamos los registros de valores de la variable GCS al ingreso y de Injury Severity Score (ISS) en los pacientes que fueron exitus letalis, con el objetivo de determinar la relación más directa entre ambas variables y el resultado exitus letalis.

Resultados: Durante el período analizado los pacientes que presentaron exitus letalis tras el diagnóstico de TCE fueron de un 17%, con ISS medio de 29,73 puntos (DE \pm 12,5) y GCS medio de 3 (DE \pm 0). En el global de la muestra encontramos un ISS medio de 18 puntos (DE \pm ,94) y un GCS medio de 7 puntos (DE \pm 4).



Conclusiones: Observamos que en nuestra muestra de pacientes ingresados con el diagnóstico de TCE y resultado de exitus letalis existe una fuerte relación con el registro de GCS 3 al ingreso y con unos registros de ISS medios superiores al del total de pacientes registrados en nuestra base de dato con el diagnóstico de TCE.

166. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE POLITRAUMATISMO CON FINES AUTOLÍTICOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2020 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

Molina Díaz I^a, Rodríguez Ramos ST^a, Garzón Pérez R^b, Castellano Pérez RM^a, Marinero Colonna A^a, López López S^a, Conde Denis PL^a, Ramos Izquierdo MA^a, Finger Kamps MA^a y Martín Miranda J^a

^aComplejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^bCentro de Salud de Granadilla de Abona en Granadilla de Abona.

Objetivos: Realizar análisis descriptivo de los pacientes incluidos en la base de datos del Servicio de Medicina Intensiva y en el Registro Nacional de Pacientes Politraumatizados (RETRAUCI) en el período comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020, con el diagnóstico de politraumatismo con fines autolíticos. Realizamos análisis comparativo con el resto de pacientes incluidos en dicha base de datos, para determinar las posibles características que definen a este grupo de pacientes.

Métodos: Análisis de los registros incluidos en la base de datos de pacientes ingresados en el Servicio e incluidos en el Registro Nacional de Pacientes Politraumatizados (RETRAUCI), durante el período analizado, desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020. Analizamos los registros de valores de las variables edad, sexo, Injury Severity Score (ISS) y resultado final de exitus letalis, en pacientes ingresados con intención autolítica. Se analizan los registros de las mismas variables del total de pacientes politraumatizados y se comparan los resultados.

Resultados: Durante el período analizado los pacientes que fueron registrados con el diagnóstico de politraumatismo y fines autolíticos fueron un 10,43% de los registrados, 33,33% fueron mujeres, la edad media fue de 37,68 años (DE \pm 18,61), ISS medio de 15,16 puntos (DE \pm 7,41) y el 16,66% tuvieron un resultado final de exitus letalis. Los registros del total de la base de datos de pacientes registrados con el diagnóstico de politraumatismo presentó un 13,9% de mujeres, la edad media fue de 41,55 años (DE \pm 16,34), ISS medio de 13,08 puntos (DE \pm 10,05) y el 3,47% tuvieron un resultado final de exitus letalis.

Conclusiones: Podemos afirmar que en nuestro registro de pacientes ingresados con el diagnóstico de politraumatismo con fines autolíticos, suponen la décima parte de los pacientes registrados con politraumatismo, son predominantemente hombres, más jóvenes que la media de pacientes politraumatizados, con mayor gravedad del traumatismo y mayor mortalidad.

167. PROTOCOLO DE SCREENING DE LESIONES VASCULARES CERVICALES EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMÁTICO GRAVE EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y QUEMADOS DE LA VALL D'HEBRON

Martín Rodríguez C, Valles Angulo S, Rey Pérez A, Acuña Vargas MF, Baena Caparrós J, Marquina Escos S, Pérez Rodríguez L, Riveiro Vilaboa M, Jiménez Alfonso AF y Bagueña Martínez M. *Grupo de investigación:* UCI de Traumatología del Hospital Vall d'Hebron

Hospital Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Describir la aplicación del protocolo de screening de lesiones vasculares cervicales en el paciente politraumatizado grave, en un hospital universitario referente en la atención al paciente traumático. Determinar la incidencia de lesiones vasculares halladas mediante la aplicación del protocolo de screening y compararlo con la descrita en la literatura. Describir el tipo de lesiones halladas más frecuentemente. Analizar en cuantos pacientes se realizó el screening inicialmente, y cuantos se incluyeron en el protocolo pasadas las 12h de su ingreso.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo. Incluye todos los angio-TC de troncos supraaórticos realizados a pa-

Figura Póster 167

Total Lesiones Vasculares	14
Trombosis / oclusión vascular	4 (16%)
Disección vascular	3 (12,5%)
Fístula arterio-venosa	3 (12,5%)
Pseudoaneurismas	2 (8%)
Sangrado activo	2 (8%)
Lesión venosa	2 (8%)

cientos politraumáticos graves (prioridad 0 y 1 en el código de politrauma catalán), desde enero de 2017 a diciembre de 2019, dentro del protocolo de cribado de lesiones vasculares en pacientes con traumatismos cerrados.

Resultados: Entre enero de 2017 y diciembre de 2019, se atendieron en nuestro centro 341 politraumáticos prioridad 0 (prioridad más grave en el sistema de clasificación-alteración grave fisiológica) y 611 politraumáticos prioridad 1 (alteración anatómica de gravedad), entrando en el protocolo de screening 55 pacientes. De los 55 AngioTC de troncos supraaórticos realizados, en 14 (25,5%) se objetivaron alteraciones vasculares, siendo las más frecuentes: trombosis/oclusión vascular 4 (16%), disección vascular 3 (12,5%), fístula arteriovenosa 3 (12,5%), pseudoaneurismas 2 (8%), sangrado activo 2 (8%), lesión venosa 2 (8%). Un 16% de los pacientes presentaron más de una lesión concomitante. De las 55 exploraciones realizadas, 42 se hicieron a la llegada del paciente, y 13 se realizaron pasadas las 12h de su llegada a nuestro centro. De los pacientes en los que se objetivó patología vascular, 10 se incluyeron de forma precoz, y 4 pasadas 12h.

Conclusiones: Mediante la aplicación del protocolo de cribado de lesiones vasculares en traumatismo cerrado en nuestros centros se detectaron lesiones en un 25% de los pacientes, un porcentaje menor que el descrito en la literatura. Probablemente existen pacientes que se perdieron en el screening inicial. La lesión más frecuentemente objetivada fue la trombosis/oclusión arterial. Un 16% de los pacientes con lesiones vasculares presentaban más de una de ellas.

168. PRUEBAS CONVENCIONALES VS VISCOELÁSTICAS EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

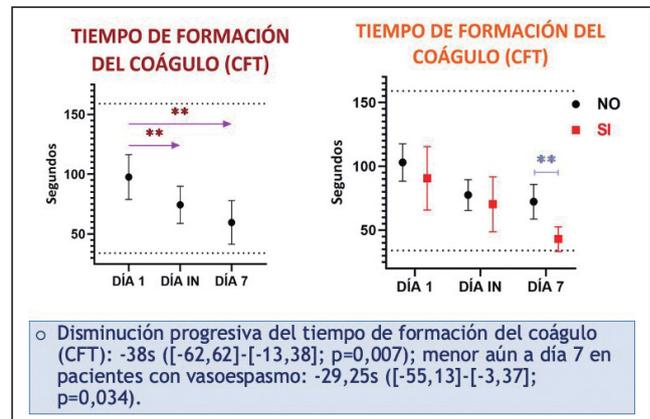
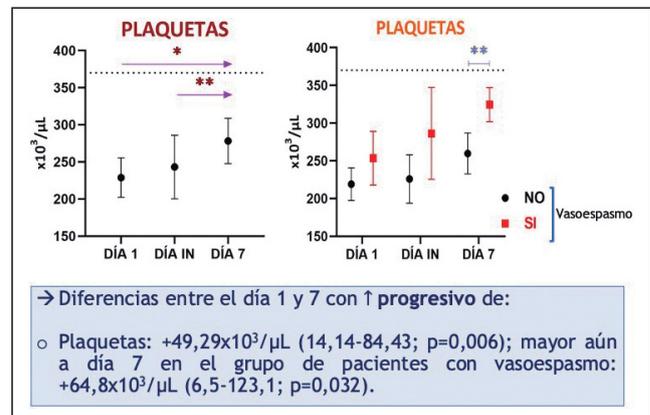
López Fernández A, Nanwani Nanwani K, Hernández Rivas L y Quintana Díaz M. *Grupo de investigación:* Grupo PBM, Instituto de Investigación IDIPAZ, Madrid.

Hospital Universitario La Paz en Madrid.

Objetivos: Entender mejor la fisiopatología de la hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) y sus complicaciones.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron 15 pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de HSAa que ingresaron en la UCI. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y parámetros hemostáticos (coagulación convencional y test viscoelásticos -ROTEM®-) a tres tiempos (día 1, día 3-4 y día 7).

Resultados: La media de edad fue de $57,9 \pm 12,3$ años (67,7% mujeres), APACHE II de 11 (RI 7-16), Hunt y Hess II (RI II-IV) y Fisher IV (RI III-IV). 4 pacientes (26,7%) presentaron vasoespasmo el día 5 ± 3 (mediana 5,5; RI 2-7,5). Un 13,3% de los pacientes fallecieron (n = 2) y el GOSe fue de 6 (RI 3-8). El análisis seriado de las pruebas de coagulación reveló como diferencias entre el día 1 y 7 un aumento progresivo de: Plaquetas: $+49,29 \times 10^3/\mu\text{L}$ (14,14-84,43; $p = 0,006$); mayor aún a día 7 en el grupo de pacientes con vasoespasmo: $+64,8 \times 10^3/\mu\text{L}$ (6,5-123,1; $p = 0,032$). • Máxima amplitud de coágulo (MCF): $+7,86$ mm (0,92-14,79; $p = 0,029$); mayor a día 7 en pacientes con vasoespasmo: $+8,08$ mm (0,98-15,19; $p = 0,033$). Fuerza elástica del coágulo (G): $+4.518,71$ dynas/cm² (211,35-8.826,07; $p = 0,041$); mayor a día 7 en pacientes con vasoespasmo: $+5.738,92$ dynas/cm² (894,85-10.582,98; $p = 0,029$). Área bajo la curva (AUC): $+790,14$ mm \times 100 (40,06-1.540,23; $p = 0,04$); mayor a día 7 en pacientes con vasoespasmo: $+829,08$ mm \times 100 (102,03-1.556,14; $p = 0,033$). Hubo una disminución progresiva del tiempo de formación del coágulo (CFT): -38s ([-62,62]-[-13,38]; $p = 0,007$); menor aún a día 7 en pacientes con vasoespasmo: $-29,25\text{s}$ ([-55,13]-[-3,37]; $p = 0,034$).



Conclusiones: En la HSAa se evidencia un estado de hipercoagulabilidad en el estudio viscoelástico, no objetivable en las pruebas de coagulación convencionales. El vasoespasmo parece inducir un estado de mayor hipercoagulabilidad. Las pruebas viscoelásticas pueden ser útiles para valorar el estado de hipercoagulabilidad.

169. ACTIVACIONES CÓDIGO PPT DURANTE PANDEMIA SARS-CoV-2 EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Baena J^a, Riveiro M^a, Rey A^a, Bonilla C^a, Pujol F^a, Novoa E^a, Valles S^a, Jiménez A^a, Parisi J^b y Baguena M^a

^aHospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^bHospital de Mataró en Mataró.

Objetivos: Evaluar el número de activaciones del Código PPT (paciente politraumático) en el Hospital Universitario de Traumatología, Rehabilitación y Quemados Vall d'Hebron (HTRIC), centro CAT3e de Cataluña, durante la pandemia SARS-CoV-2 del 2020 y su derivación al alta de UCI de Neurotraumatología y Quemados.

Métodos: Valoración y revisión de base de datos propia de la unidad durante 2020 y del registro de pacientes politraumáticos de Cataluña (TRAUMCAT) 2016-2019, recogiendo datos epidemiológicos, códigos de activación y unidad al alta de UCI.

Resultados: Desde 2016 a 2020 se ha mantenido un número estable de activaciones del código PPT en el HVH: 333 activaciones en 2016, 327 en 2017, 333 en 2018, 360 en 2019 y de 346 en 2020, sin clara afectación por la pandemia SARS-CoV-2 del número total de activaciones. Pero si hemos objetivado un claro descenso del número de pacientes politraumáticos debido al confinamiento domiciliario durante Abril y un descenso leve de los pacientes quemados PPT-0 desde el inicio de confinamientos perimetral de agosto a noviembre con un ascenso claro a la retirada del confinamiento perimetral en diciembre. De las 346 activaciones un total del 71,6% son varones (248). Tenemos 135 PPT-0 de los cuales 96 son politraumáticos y 39 son quemados, 172 PPT-1 de los cuales 110 son politraumáticos y 62 quemados y 29 PPT-2 poli traumáticos. De estas 346 activaciones 19 pacientes no requieren ingreso en críticos, la mayoría (14) se activados como PPT-1. Un total de 26 defunciones durante el ingreso en críticos de los cuales 24 fueron activados como PPT-0. De los pacientes que requieren ingreso en críticos UCI Neurotraumatología al alta destacamos: 49 pacientes a lesionados medulares y 42 a planta de neurotraumatología. También destacamos las 47 altas a unidad de Semi-críticos, perteneciente a UCI. El resto de pacientes se distribuyen: 29 Traumatología, 11 Cirugía Plástica, 7 cirugía Torácica, 6 Cirugía general, 5 a otros hospitales, 2 Rehabilitación, 1 urología y 1 a REA. Los 101 códigos PPT en Unidad de quemados todos quedan a cargo de la misma unidad en camas convencionales.

Conclusiones: Hay un claro descenso de ingresos en pacientes politraumáticos en el mes de abril con las medidas de confinamiento domiciliario. El confinamiento perimetral de los meses de septiembre a noviembre repercute en el número de activaciones PPT-0 de pacientes quemados. El número global de pacientes activados y posteriormente asistidos en HTRIC no se ha visto afectado por la pandemia SARS-CoV-2.

170. ANÁLISIS DE LA HIPOCALCEMIA AL INGRESO CON FACTOR DE RIESGOS EN PACIENTES POLITRAUMÁTICOS QUE PRESENTAN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Rodríguez Vázquez PE, Utrilla Cid N, Azcariz Bertrán MJ, Méndez-Benegassi Cid C, Gómez González A, Catalán Muñoz V, Mayor García D y Ramos Cuadra JA

Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar cuál es la relevancia de la hipocalcemia como factor de riesgo en aquellos pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de la hipocalcemia en los pacientes politraumáticos que ingresan en una UCI de referencia provincia. Los criterios de inclusión que se definieron fueron: ingreso en las primeras 24 horas del traumatismo, realización de una gasometría (arterial o venosa) al ingreso y estancia mínima de 24 horas en la unidad. Se escogió un período de estudio comprendido entre 2016-2017. Cumplieron los criterios de inclusión 111 pacientes. Se comparó a los pacientes con hipocalcemia (calcio iónico \leq 1 mmol/L) frente a los que no la presentaban (sí vs no). Para el análisis multivariante se asumió la inestabilidad hemodinámica en aquellos pacientes que necesitaron drogas vasoactivas o tuvieron un shock refractario. Para el estudio se creó una nueva base de datos basada en datos del RETRAUCI.

Resultados: El 83,7% de los pacientes eran hombres. La hipocalcemia se presentó en 25 pacientes (22,5%). De los 111 pacientes analizados, presentaron inestabilidad hemodinámica al ingreso 24 pacientes (20,9%). La prevalencia de hipocalcemia en dicha población fue del 60,9% y la mediana de calcio iónico al ingreso en este grupo fue de 0,98 mmol/L (0,61-1,07 mmol/L). Se estudiaron en un análisis binario las variables que se asociaron a la inestabilidad hemodinámica y se observó que eran estadísticamente significativas: el traumatismo torácico, la necesidad de ventilación mecánica, la hipocalcemia al ingreso (OR 10,63 IC: 3,77-30,30 $p < 0,001$), tensión arterial sistólica, Glasgow inicial, necesidad de cirugía en las primeras 24 hs, APACHE-II y frecuencia respiratoria. En el análisis multivariante se añadieron dichas variables clínicamente relevantes en los modelos de predicción y se observó que la hipocalcemia al ingreso continúa siendo predictor con una OR 3,88 (IC: 1,003-15,02 $p = 0,049$) en el primer modelo y una OR 9,64 (IC: 2,52-36,68 $p < 0,001$) en el modelo en el que se incluyó el APACHE-II.

Conclusiones: la hipocalcemia al ingreso en aquellos pacientes politraumatizados es un factor de riesgo independiente para presentar inestabilidad hemodinámica en las primeras 24h.

Pósteres orales

Organización/Gestión/Calidad

171. COVID Y UCI, ¿POR DÓNDE EMPIEZO? MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA PANDEMIA COVID EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Ruiz Ruiz AM^a, Flor Morales V^b, Berrazueta Sánchez de Vega A^a, Ibáñez Rementería I^a, Mantilla Gordovil MJ^a y Rodríguez Borregán JC^a

^aServicio de Medicina Intensiva; ^bCalidad. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir la utilización de una matriz de riesgos y oportunidades para la gestión de los mismos en la pandemia COVID en una UCI de un hospital de tercer nivel certificado según la ISO 9001:2015.

Métodos: SMI con 34 camas, UCIM y SECI ampliados durante la pandemia en 56 camas para la atención de pacientes COVID graves. Para seguir los riesgos/oportunidades se utiliza una matriz de riesgos en formato Excel y se identifican mediante análisis del proceso, plan de comunicación, competencias, incidencias y partes interesadas. Se evaluaron y priorizaron por probabilidad de ocurrencia e impacto potencial y visualmente utilizando el semáforo de colores. Se planificaron acciones de mejora y correctivas, con responsables, fechas límite de acción y planes de seguimiento y verificación establecidos. En su reevaluación se consideran eliminados, reducidos o asumidos utilizando el método previo de priorización, para así medir la eficacia de las medidas tomadas y planificar nuevas si no se consigue disminuir.

Resultados. Durante la pandemia COVID se identificaron 18 riesgos y 10 oportunidades de mejora agrupados en diferentes áreas. Riesgos: 22% coordinación entre profesionales, 22% recursos humanos/materiales, 16,5% criterios homogéneos de funcionamiento, 16,5% SECI, 11% sistemas de información, 5,5% organización y 5,5% información a pacientes. Oportunidades: 70% coordinación con profesionales de apoyo, 20% recursos humanos y materiales y 10% sistemas de información. En cuanto a prioridad: en el 22% fue muy alta, en el 55% alta y en el 11% media. El 100% de las oportunidades fue de prioridad muy alta. Hasta la fecha se cerraron la mitad de los riesgos, permaneciendo abierta la explotación de oportunidades. De los riesgos evaluados, los de prioridad muy alta pasaron a media asumiendo otros en muy alta, los de prioridad alta, cinco pasaron a media, manteniéndose el resto y asumiéndose, aunque no menor puntuación. Los de prioridad media se mantuvieron en el color, pero con menor puntuación.

Conclusiones: La certificación ISO y la metodología de gestión de riesgos ya implantada, mediante la utilización de una matriz de riesgos/oportunidades ya existentes ha permitido abordar de forma sistematizada 18 riesgos relacionados con la crisis sanitaria por COVID-19 en una UCI, disminuyendo su impacto o eliminándolos, en el 50% de los mismos, así como explotar, mejorar y compartir las 10 oportunidades en el 100% de los casos mejorando la seguridad y la calidad asistencial en esta pandemia.

172. ¿EN QUÉ PUEDO AYUDARTE? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PROFESIONALES SOBRE EL SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ruiz Ruiz AM^a, Flor Morales V^b, Berrazueta Sánchez de Vega A^a, Lorda de los Rios I^a, Fariñas Álvarez MC^a y Rodríguez Borregán JC^b

^aCalidad; ^bMedicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Conocer la opinión de los profesionales sobre el Servicio Extendido de Cuidados Extendidos (SECI) de un servicio de medicina intensiva y obtener información útil para abordar áreas susceptibles de mejora; intentando adecuar, en la manera de lo posible, la organización y los recursos a las necesidades de los profesionales.

Métodos: Alcance: servicios asistenciales que tienen acceso al SECI. La evaluación se ha realizado mediante una encuesta estandarizada de diseño específico que se compone de 16 preguntas: 2 para conocer la utilización del SECI por los profesionales (sí/no), 10 preguntas en relación con aspectos relevantes del Servicio (escala 1-5), 1 de satisfacción global (escala 1-10), 1 para medir el grado de recomendación (escala 1-10) y 2 preguntas de texto libre (puntos fuertes y puntos débiles). Para su difusión se ha utilizado una plataforma de encuestas on-line, con invitación personalizada para cada participante. Se ha enviado invi-