

servamos que los pacientes que fallecieron presentaron un > SOFA al 3^{er} día 8 (7,9) vs. 6 (3,8) puntos, ($p = 0,021$). Se analizó la relación del SOFA al ingreso y el SOFA al 3^{er} día, existiendo una correlación ($r = 0,588$, $p < 0,001$). El SOFA al 3^{er} día fue superior en los pacientes con urea > 70 9 (8,12) vs. 8 (7,11), ($p = 0,007$). Cuando se estudio con regresión lineal múltiple el SOFA al 3er día se relacionó con el SOFA al ingreso ($B = 0,548 + 0,126$, $p < 0,001$) y con la urea al ingreso ($B = 0,019 + 0,003$, $p = 0,033$), $R = 0,629$.

Conclusiones: En los pacientes de UCI ingresados por infección con COVID, la Urea al ingreso elevada está relacionada con la mortalidad y se asocia con un empeoramiento posterior como pone de manifiesto un incremento en el SOFA al 3^{er} día respecto al ingreso en aquellos con más urea.

821/COVID-19. EMPLEO DE LA TERAPIA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CON MEMBRANA OXIRIS® EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR COVID-19 E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASOCIADA

González Fernández M, Quílez Trasobares N, Barea Mendoza JA, Molina Collado Z, Lesmes González de Aledo A y Sánchez-Izquierdo Riera JA
Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Describir las características de nuestra serie así como de la terapia empleada y analizar el impacto de la hemoadsorción en la evolución de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ingresados en UCI de marzo a abril de 2020 por infección por SARS-CoV-2 con fracaso renal agudo (FRA) y necesidad de terapia de depuración extrarrenal (TDE) en los que se asocia adsorción con membrana Oxiris®. Se analiza epidemiología, escalas de gravedad, situación respiratoria y marcadores inflamatorios antes y después de TDE, dosis y complicaciones de esta, estancia en UCI y mortalidad. Análisis estadístico con sistema SPSS.

Resultados: De los 128 pacientes registrados un 33% presentó FRA, 18% precisó TDE y en 11% se asoció adsorción. Se incluyeron 14 pacientes con mediana de edad 62 años y predominio masculino (86%). Un 57% fueron hipertensos, 37% de ellos tomadores de IECAS, 43% obesos y 21% neumópatas crónicos. El peor SOFA a las 24h de ingreso fue de 5 (RIC: 4-7), la peor PAFI de 105 (RIC 66-120) y la peor compliance de 45 ml/cmH₂O (RIC 40-52). Se emplearon bloqueo neuromuscular y decúbito prono en 93% y ECMO veno-venoso en un caso. Sobre la TDE empleada: su indicación fue 78% medio interno y 14% balance hídrico con dosis inicial 35 ml/kg (RIC 35-40), final de 30 ml/kg (RIC 30-45) y mediana de duración de 72h. El sistema de anticoagulación utilizado: 86% citrato, 9% nada, 5% heparina, sin ningún caso de acúmulo de citrato. Como complicaciones, todas ellas en grado leve: persistencia de acidosis metabólica 86%, hipotermia 50%, hiperpotasemia 23%, alcalosis metabólica 14%, hipofosforemia 9%, hipomagnesemia e hipopotasemia 5%. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre marcadores inflamatorios (PCR, PCT, ferritina, linfocitos, fibrinógeno), SOFA o PaFi pre y post-TDE dado el pequeño tamaño muestral, sí se hallaron entre dímero D pre y post-TDE ($p < 0,05$). La estancia en UCI fue de 12 días (RIC 6-18) y la mortalidad en UCI, 50%.

Conclusiones: En nuestra serie la TDE con adsorción asociada ha sido una técnica útil y segura en el manejo del FRA de los pacientes COVID-19 que podría disminuir los niveles de dímero D.

Pósteres orales

Neurointensivismo/Traumatismos

056. ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Cid Tovar I, Calle Romero M, Bringas Bollada M, Blesa Malpica AL, López Vergara L, Giersig Heredia CM, Palazón Blanco A, Galbán Malagón C, García Perrote SC y Sánchez García M

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo asociados a mortalidad (M) en el paciente politraumatizado.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes politraumatizados atendidos inicialmente por el SAMUR e ingresados posteriormente en la UCI del HCSC en 2019. Se analizaron edad, sexo, constantes vitales, preaviso por parte del SAMUR, tipo de accidente, coagulación, administración de ácido tranexámico, fluidoterapia, presencia de fractura pélvica, necesidad de cirugía abdominal o arteriografía, nº de hemoderivados trasfundidos, estancia en UCI y gravedad del trauma medido mediante las escalas ISS y NISS. Las variables cualitativas se expresan como%. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar si siguen una distribución normal y como mediana y p25-p75 si no la siguen. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: 75 pacientes. M: 21,3%. ISS: 16 (9-24,5). NISS: 24,9 ± 17. El tipo de accidente más frecuente fue el accidente de moto/bici (30,7%). La mayor M se observó en el traumatismo por caída (50% de los fallecimientos), siendo la diferencia con los demás tipos de mecanismo traumático estadísticamente significativa ($p < 0,002$). Existieron diferencias en los análisis de coagulación entre los pacientes que fallecieron (F) y los que sobrevivieron (S): TTPA 27,05 s (26,55-46,47) en F vs. 25,8 s (23,4-29) en S ($p < 0,04$); INR 1,15 (1,1-1,7) en F vs. 1,2 (1,1-1,2) en S ($p < 0,02$). Hubo mayor mortalidad en los que requirieron más transfusión 3,5 (0-12,25) frente 0 (0-0) ($p < 0,001$). Tanto el ISS como el NISS fueron mayores en los pacientes fallecidos: ISS: 36 (25-63,75) frente 14 (9-22) ($p < 0,0001$); NISS 54 ± 20,1 frente 20,7 ± 12,68 ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El ISS y el NISS son buenas escalas predictoras de mortalidad en pacientes politraumatizados. El traumatismo por caída, la coagulopatía y el número de hemoderivados trasfundidos son factores de riesgo que se asocian a mortalidad en estos pacientes.

057. PRONÓSTICO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

Pérez Pérez AB, Vargas López H, Victoria Rodenas MD, Gómez del Pulgar Villanueva AM, Mateos Llosa M, Manso Murcia C, López Domínguez A, Carrillo Cobarro M y Valer Ruipérez M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en El Palmar (Murcia).

Objetivos: Evaluar el grado de recuperación funcional en los pacientes que han sido sometidos a craniectomía descompresiva en una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo. La población a estudio fueron los pacientes ingresados durante el año 2019, en una UCI de tercer nivel del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, subsidiarios de craniectomía descompresiva. Los criterios de exclusión para la realización de dicha intervención, fue una edad superior a 65 años y una mala situación basal previa del paciente ($mRS > 2$). Evaluamos el grado de recuperación funcional en base a la puntuación obtenida en la escala de RANKIN modificada y escala de Glasgow extendida a los 90 días tras el procedimiento, mediante una entrevista telefónica. Se consideró una discapacidad grave una puntuación ≥ 4 en la escala de RANKIN modificada y ≤ 3 en la escala de Glasgow extendida.

Resultados: Estudiamos un pool de 39 pacientes subsidiarios de realización de craniectomía descompresiva de diferente etiología: ictus hemorrágico, ictus isquémico, TCE grave o hemorragia subaracnoidea. Se realizó la intervención quirúrgica en 14 de ellos (36%). Todos los pacientes presentaron un alto grado de discapacidad, $mRS \geq 3$ y GOS ≤ 4 , a los 90 días. No existieron diferencias significativas en cuanto a la consecución de un alto grado discapacidad, determinado por un mRS 4-5 y GOS 2-3, 42,9% vs. 28%, $p = 0,34$, en el grupo con cirugía y sin cirugía respectivamente. La mortalidad en el grupo de pacientes sometidos a craniectomía descompresiva fue menor, 50% vs. 72%, sin bien esta diferencia no alcanzó significación estadística, $p = 0,17$. Tanto los pacientes que alcanzaron una puntuación de mRS o GOS de 3-4 puntos como sus familiares/cuidadores no se arrepienten de la realización de la craniectomía, considerando que la actitud elegida en ese momento fue la acertada.

Conclusiones: La craniectomía descompresiva en este tipo de pacientes tiende a disminuir la mortalidad, si bien no alcanza grado de significación en nuestra serie respecto a la actitud conservadora, probablemente en relación con un reducido tamaño muestral. Esta reducción de la mortalidad no conlleva una reducción del grado de discapacidad a los 3 meses. Los pacientes que han sobrevivido y que fueron sometidos a craniectomía descompresiva presentaron una discapacidad grave o muy grave. En una revisión de la literatura, la mayoría de los estudios identifican una puntuación de mRS o GOS 3-4 con un mal resultado funcional. A pesar de ello, tanto los pacientes que obtuvieron esta puntuación

ción como sus familiares, consideraron que la craneotomía fue una decisión acertada, según los datos aportados en nuestra entrevista.

061. ANÁLISIS DE INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADAS A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

López Cuervo Ramírez R, Galindo Rodríguez S, Martínez de Pinillos Sánchez MV, Pérez Mesa E, Resina Gordillo M y Brea Salvago JF

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Describir la incidencia de infecciones del sistema nervioso central (Infecc. SNC) en pacientes portadores de drenajes ventricular externo. (DVE) Descripción etiológica de las infecc. SNC. Identificar diferencias epidemiológicas y pronósticas de los pacientes con DVE que desarrollan infecc. SNC.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de una cohorte de pacientes ingresados en UCI neurotraumatológica con DVE. Periodo: 2011-2019. Grupos de comparación según: desarrollo de infecc. SNC. Los datos categóricos en porcentaje, y los cuantitativos en media \pm desviación estándar. Se compararon mediante la prueba χ^2 y t de Student.

Resultados: Estudiamos 134 pacientes con DVE. Edad: $57,63 \pm 16,45$ años. El 54,7% hombres. Escala de Glasgow de 9 puntos, estancia en UCI de $16,34 \pm 14,25$; SAPS II: $38,9 \pm 12,99$; APACHE II: $17,18 \pm 6,76$. Diagnósticos de ingresos: ACV 33,8%; coma estructural: 35,3%; TCE: 4,6%; neuroquirúrgicos: 15,8%; meningocelitis: 6%; infecciones de dispositivos ventriculares: 2,3%; Otros: 2,3%. Un 22,4% ($n = 30$) desarrollaron la infección del SNC. Microbiología: negativa 41,9%; *Staphylococcus epidermidis* 19,4%; *Staphylococcus* otros: 9,7%; *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* 6,5% respectivamente, *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes*, *Enterococcus faecalis* y *Acinetobacter baumannii* 3,2% respectivamente. Encontramos las siguientes diferencias significativas con respecto al grupo que desarrollaron infecc. SNC: mayor estancia en UCI $21,30 \pm 15,09$ vs. $15,04 \pm 13,80$ ($p = 0,04$). Sin diferencias significativas entre los grupos: edad: $56,89 \pm 14,58$ vs. $57,83 \pm 16,99$; Sexo: hombres 47,4% Vs 56,7% ($p = 0,64$), APACHE II: $16,67 \pm 5,45$ vs. $17,32 \pm 7,09$ ($p = 0,65$); SAPSII: $37,40 \pm 14,74$ vs. $38,38 \pm 12,48$ ($p = 0,55$), GSC: $8,89 \pm 2,75$ vs. $8,76 \pm 3,43$ ($p = 0,86$); Mortalidad: 38,5% vs. 47,4% ($p = 0,76$); Cirugía Urgente: 41,4% vs. 51% ($p = 0,48$); antibioterapia 48h. previo al ingreso en UCI 27,6% vs. 12,5% ($p = 0,09$); días de ventilación mecánica: $9,21 \pm 7,92$ vs. $7,61 \pm 6,01$ ($p = 0,34$).

Conclusiones: Incidencia de infecc. SNC asociadas a DVE: 22,4% La mayoría de infecc. SNC no se identifican microorganismos; *S. epidermidis*, el más frecuentemente aislado. Mayor estancia en UCI de los que desarrollaron infecc. SNC.

063. DEMORA EN EL TRATAMIENTO E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON HSA

Fuentes Calatayud A, Pino Sánchez FI, López Fernández A y Guerrero López F

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: estudiar las diferencias en cuanto a incidencia de complicaciones, mortalidad y estancia entre los pacientes ingresados en UCI por HSA antes y después del inicio del equipo de Radiología intervencionista 24h.

Métodos: se ha realizado un estudio de cohortes en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de HSA desde 1996 hasta 2019 y se han dividido en dos grupos (grupo 1: antes; grupo 2: después del inicio del equipo), desde su ingreso en UCI hasta el alta hospitalaria. Se han recogido sexo, edad, clínica inicial (GSC, Hunt & Hess, Fisher, FMNC), APACHE II. Se han estudiado localización del aneurisma, tipo de tratamiento y demora, estancia y mortalidad. Análisis estadístico: estadística descriptiva básica. Prueba U de Mann-Whitney y t-Student para variables continuas entre ambos grupos según proceda; χ^2 cuadrado para variables cualitativas. Se ha considerado estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se han analizado un total de 1.080 pacientes, 59,4% mujeres, 980 en el grupo 1 y 100 en el grupo 2. No hay diferencias significativas entre ambos grupos en sexo, edad ($56,06 \pm 14,66$), APACHE II ($13,21 \pm 8,05$), localización del aneurisma ni clínica inicial medida según GSC, H&H y FMNC. La demora en el tratamiento tanto endovascular como quirúrgico se ha reducido de forma significativa en el grupo 2

($1,64 \pm 4,25$ vs. $6,12 \pm 9,56$; $p < 0,001$), así como la incidencia de resangrado ($p = 0,007$) e infarto cerebral ($p < 0,001$). Tendencia a disminuir la incidencia del vasoespasmio ($p = 0,07$). No se han encontrado diferencias significativas en mortalidad ni estancia hospitalaria.

Conclusiones: tras la implantación de un programa de tratamiento endovascular disponible 24h se ha reducido tanto la demora en el tratamiento como la incidencia de complicaciones, aunque por el momento no hemos encontrado diferencias en cuanto a mortalidad ni estancia hospitalaria.

064. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON HSA

Fuentes Calatayud A, Pino Sánchez FI, López Fernández A y Guerrero López F

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes que ingresan en UCI por HSA.

Métodos: Estudio de cohortes. Se incluyen todos los enfermos ingresados en UCI neurotraumatológica desde el año 1996 hasta el año 2019 (con excepción de los años 2016 y 2017). Se han recogido, sexo, edad, clínica inicial (GSC, H&H, FMNC), APACHE II, localización del aneurisma, complicaciones, necesidad de VMI, estancia en UCI, destino al alta, estancia hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico: estadística descriptiva básica. Frecuencias absolutas y relativas. Media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico según proceda.

Resultados: Se incluyen un total de 1.080 pacientes, 59,4% mujeres. Edad media: 56 ± 14 años. APACHE II $13,2 \pm 8,05$, GSC inicial $11,9 \pm 4,1$. En el 55,2% se objetivó que el aneurisma responsable formaba parte de la circulación anterior (siendo la localización más frecuente la arteria comunicante anterior con un porcentaje del 30,4% seguido de arteria cerebral media en un 15,7%), en un 22,2% circulación posterior y en un 22,6% no se encontró aneurisma responsable. Un 41,7% de los pacientes recibió tratamiento endovascular, un 20,9% tratamiento quirúrgico y un 34,7% no recibió tratamiento. Un 44,4% de los enfermos precisó VMI. La complicación más frecuente fue la hidrocefalia (36,6%), seguida del infarto cerebral (17,6%) y el vasoespasmio (16,4%). El destino al alta del hospital fue en un 47,8% el domicilio, un 24,2% otro hospital de agudos, y un 4,5% hospital de crónicos. La mortalidad en UCI fue del 18% y la mortalidad hospitalaria del 22,1%.

Conclusiones: La HSA continúa siendo una enfermedad grave que afecta principalmente a enfermos jóvenes, sobre todo mujeres. Los aneurismas responsables suelen pertenecer a la circulación anterior siendo la más prevalente la arteria comunicante anterior. El tratamiento endovascular es la manera más frecuente de excluir el aneurisma responsable. Casi la mitad de los enfermos son dados de alta hospitalaria a su domicilio, si bien $> 20\%$ fallecen durante la estancia hospitalaria.

066. EVALUACIÓN DEL SCORE TTS PARA PREDECIR LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y LA MORTALIDAD EN EL TRAUMATISMO TORÁCICO

Granero Gasamans E, Díaz Tormo C, Galarza Barrachina L, Viana Marco C, Sánchez Tomás B, Ferrándiz Sellés MD y Rodríguez Martínez E

Hospital General Universitario de Castellón en Castellón de la Plana.

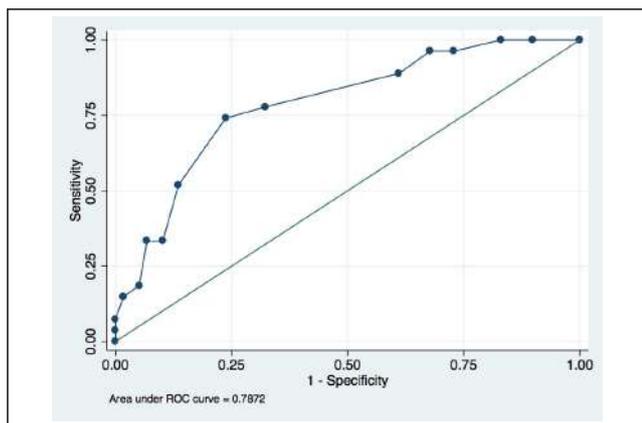
Introducción: El trauma torácico ocurre en el 20% de los pacientes que han sufrido una lesión traumática; con una mortalidad atribuible entre 20-40%. Se han estudiado diferentes variables con pronosticar eventos adversos, desarrollando así escalas pronósticas específicas; sin embargo, precisan de gran cantidad de datos su cálculo. Por ello, es necesario el empleo de los más sencillos, como el Thoracic Trauma Score (TTS), que emplea variables fisiológicas y físicas.

Objetivos: Estudiar la eficacia del score TTS para predecir la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VMNI), y la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente, desde el año 2014 a 2018. Se incluyeron todos los pacientes con traumatismo torácico asociando o no politraumatismo sin TCE grave. Se recogieron variables demográficas, del episodio y pronósticas. Los datos se analizaron con Stata 14.2.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes, con una edad mediana 51,5 años (RIQ 39-66) y el 76,7% de sexo masculino. El 27,9% precisaron intu-

bación orotraqueal (IOT), de los que el 56% fue de inicio, el 8% por deterioro las primeras 24 horas y el resto para quirófano. El 24,4% requirieron VMNI, GNAF y CPAP, solo un paciente precisó cambio de GNAF a CPAP. 9 pacientes precisaron tanto VMI como VMNI, de los que 4 VMI por fallo de la VMNI, 2 VMNI posextubación y 3 VMI para quirófano programado. La estancia en UCI fue 4 días (RIQ 3-8) y en el hospital 12 días (RIQ 8-20). La mortalidad fue del 5,8% en UCI y del 10,5% en el hospital. Los resultados del score obtuvieron una curva ROC para VMI con AUC 0,43, para VMNI una AUC 0,79 (fig.), para mortalidad en UCI una AUC 0,69 y hospitalaria una AUC 0,72. Para predecir la VMNI, con un punto de corte de 9, el score tiene una sensibilidad del 74,1% y una especificidad del 76,3%.



Conclusiones: En nuestra muestra el score TTS predice de forma regular la necesidad de VMNI y la mortalidad, y no predice la necesidad de intubación.

067. MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA CONTINUA INTRACORTICAL EN PACIENTES EN COMA CON DAÑO CEREBRAL AGUDO: RIESGOS Y RESULTADOS

Hernández Hernández MA, Cherchi Pepe M, Mato Mañas D, Martín García M, Marco de Lucas E, García Catalán G, Martín Laez R y Fernández Torre JL. Grupo de investigación: Neurofisiología en Epilepsia y Neurointensivos IDIVAL

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander

Objetivos: Describir las complicaciones y hallazgos electroencefalográficos (EEG) obtenidos mediante el empleo simultáneo de monitorización continua vídeo-EEG intracortical (mv-EEGi) y de superficie (mv-EEGs) en pacientes en coma con daño cerebral agudo (DCA).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo incluyendo pacientes con DCA y escala de Glasgow < 9 con indicación de neuromonitorización invasiva. Para la mv-EEGi se empleó un minielectrodo profundo tipo Spenser con 8 contactos colocado en tejido cerebral sano. Adicionalmente se colocaron 21 electrodos de aguja en el cuero cabelludo según el sistema internacional 10-20 para la mv-EEGs. La neuromonitorización multimodal incluyó también PIC, PTiO2 y temperatura intracerebral. Se recogieron variables clínicas, de imagen, complicaciones relacionadas con el electrodo intracortical, aparición de crisis epilépticas no convulsivas (CENC), tratamiento y resultado al alta.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 65% varones. La media de edad fue de $53,4 \pm 12,5$ con una escala de Glasgow (GCS) de $6,2 \pm 2,7$. La etiología del DCA fue: hemorragia cerebral espontánea (40%), HSA (30%) y TCE (30%). Fue preciso cirugía de las lesiones en el 65% de los pacientes, drenaje ventricular en el 30% y uso de osmóticos en el 75%. La mv-EEGi se inició con un retraso medio de $31,1 \pm 17,7$ horas y se mantuvo una media de $5,4 \pm 2,1$ días. En ningún paciente se observaron complicaciones relacionadas con la inserción o mantenimiento del electrodo intracortical. En el 30% se describieron crisis convulsivas, mientras que en un 25% se objetivó CENC durante la mv-EEG. Se emplearon fármacos antiepilépticos (FAE) en el 80% de los pacientes y en el 31,3% se indicaron o modificaron según los hallazgos de la mv-EEG. La estancia en UCI fue de $17 \pm 5,9$ días y la hospitalaria de $29,9 \pm 14,9$. La Glasgow Outcome Scale (GOS) al alta hospitalaria mostró un 20% de fallecidos (GOS = 1), un 30% con buen resultado funcional (GOS = 4-5) y un 50% con discapacidad moderada o grave (GOS = 2-3).

Conclusiones: La neuromonitorización multimodal invasiva, incluyendo mv-EEGi, es una técnica factible que puede ser realizada sin complicaciones en pacientes en coma con DCA. Su empleo permite la detección de CENCs y ayuda a ajustar los FAE, además de mejorar el conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos intrínsecos de dicha actividad.

068. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN UCI DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

Ortega Urdiales A, Barroso González R, Giudetti G, Gallardo Puga F, Ruiz Peña P y Arias Verdú MD

Hospital Regional Universitario Carlos Haya en Málaga.

Objetivos: Describir los factores de riesgo que se relacionan con la mortalidad en UCI de pacientes ingresados por ACV isquémico.

Métodos: Estudio descriptivo de cohortes retrospectivo de 105 pacientes adultos (56,2% Varones; edad media 66 ± 12 años) con ictus isquémico ingresados en UCI de un Hospital de 3º nivel durante 2017-2019. Se realizó análisis de regresión logística multivariante para identificar factores de riesgo de mortalidad en UCI, incluyendo edad, NIHSS, tratamiento con fibrinólisis y trombectomía, craniectomía descompresiva (CD), transformación hemorrágica y ventilación mecánica.

Resultados: Solo un 24% tenían antecedentes de FA y menos del 26% tomaban AAS. El NIHSS al ingreso fue de $16,23 \pm 5$, ASPECT: $8 \pm 1,5$ y Glasgow: 8 ± 3 . La arteria con más frecuencia afectada fue la ACI derecha, seguida de la ACM derecha y la que menos la basilar. En un 89% se hizo trombectomía y en un 27% fibrinólisis + trombectomía. La estancia media en UCI fue de $6,1 \pm 7$ días y hospitalaria de 29 días. Ingresaron intubados el 71,2%. Se hizo CD en un 18% y hubo transformación hemorrágica en 22%. La mortalidad en UCI fue del 23%, y hospitalaria del 36%. El análisis de regresión multivariante (introduciendo variables dos a dos), mostró que el tiempo de ventilación mecánica se asoció de manera independiente a la mortalidad (OR 1,016, IC95% 1,003-1,028; $p = 0,015$) ajustando para NISHH y tratamiento con fibrinólisis más trombectomía). Otros factores de riesgo (CD, edad, diabetes, HTA y FA) no se asociaron de forma significativa a mortalidad cuando se incluyó la ventilación mecánica en el modelo bivalente.

Conclusiones: La ventilación mecánica al ingreso en UCI fue la principal variable relacionada con la mortalidad en pacientes ingresados por ACV isquémico. Por cada hora de ventilación mecánica se incrementa el riesgo de mortalidad un 16%

069. MARCADORES INFLAMATORIOS Y PRONÓSTICO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Prieto Jurado R, Ramiro González S, Iglesias Santiago A, Pino Sánchez F y Guerrero López F

Hospital Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Análisis de procalcitonina, PCR y leucocitos en las primeras 24 horas, correlación con parámetros de gravedad y asociación con mortalidad, incidencia de disfunción multiorgánica (SDMO) e infección nosocomial.

Métodos: Estudio de cohortes Traumatizados ingresados en UCI durante 2018-2019. Variables independientes: edad, sexo, tipo de trauma, cifras de leucocitos, PCR y PCT. Variables dependientes: infección nosocomial, SDMO y mortalidad. Estadística descriptiva con media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico; coeficientes de correlación de Pearson de variables cuantitativas; χ^2 para asociación de variables cualitativas. Nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: 254 pacientes, 72% varones con edad media de $47,31 \pm 19,5$ años. Estancia mediana en UCI de 8,15 días. Puntuaciones ISS $25 \pm 13,02$ NISS $32,5 \pm 17,95$ y APACHE II $14 \pm 8,3$. Los valores más altos de mediana en las primeras 24 horas de leucocitos han sido 15.890; en 192 pacientes se determinó PCR; valor más alto 26,2 y en 121 pacientes se determinó PCT; valor más alto 0,66. Valor de PCT tiene correlación positiva significativa con puntuaciones APACHE II, NISS e ISS; la cifra de leucocitos tiene débil correlación con la puntuación APACHE II e ISS y la PCR se correlaciona de forma positiva y significativa con la puntuación ISS. 40 pacientes desarrollan SDMO; un 14,7% en los 3 primeros días. En un 18,3% se diagnosticó alguna infección nosocomial intra-UCI sin diferencias significativas en los valores de leucocitos pero si en PCR y PCT

con aquellos que no la desarrollaron. Un 14,7% fallecieron en UCI y un 16,5% en el hospital. No existen diferencias significativas entre vivos y fallecidos en los valores de PCR y PCT, la cifra de leucocitos es más alta en los que fallecen. Tras la categorización de las variables; existe asociación significativa entre PCT, PCR y el desarrollo de SDMO así como entre PCT e incidencia de infección nosocomial y entre PCR, PCT y mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: En nuestra muestra encontramos asociación significativa entre los valores de PCT y PCR con el desarrollo de SDMO así como mortalidad hospitalaria. La PCT en las primeras 24 horas puede tener valor para predecir el riesgo de infección nosocomial en estos pacientes.

070. ANÁLISIS DE EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

González Gracianteparaluceta L, Vela Colmenero RM, Martínez de Pinillos Sánchez MV, Galindo Rodríguez S, Pérez Mesa Este y Brea Salvago JF

Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

Objetivos: Identificar características clínicas-analíticas-radiológicas al ingreso, de traumatismos craneoencefálicos graves con evolución a muerte encefálica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de los exitos por traumatismo craneoencefálico. Periodo: 2010-2018. Grupos de comparación según "Muerte encefálica". Los datos en porcentaje/moda y media \pm desviación estándar. Se compararon mediante la prueba χ^2 , U de Mann-Whitney, la t de Student, y test de correlación de Spearman.

Resultados: Estudiamos 70 exitos por TCE, edad 61,15 16,67 años. 64,1% hombres, Glasgow de 5, estancia 6,67 8,01 días. Un 50% (n = 35) evolucionaron a muerte encefálica. Diferencias significativas con respecto al grupo que evolucionan a "muerte no neurológica": Menor estancia 3,00 3,86 vs. 9,71 \pm 9,25 días (p = 0,001); pupilas más frecuente midriáticas arreactivas vs. anisocoria (p = 0,012); desviación de línea media > 15 mm en TAC de 63,3% vs. 26,9% (p = 0,006); Volumen del Hematoma en TAC 23,3% vs. 7,6% (p = 0,045); cisternas basales abolidas en TAC 50% vs. 23,1% (p = 0,001); Marshall más frecuente III vs. II (p = 0,001); mayor Rotterdam Score: 3,73 vs. 2,53 0,90 (p = 0,000), correlación positiva moderada (Rho Spearman 0,443; p = 0,001 y 0,539; p = 0,000 respectivamente).

Conclusiones: Los TCE con evolución a muerte encefálica presentan mortalidad más precoz, mayor midriasis arreactiva, mayor desviación de línea media y volumen del hematoma, con cisternas basales abolidas en TAC. La escala de Marshall y Rotterdam score en el TAC muestra una correlación positiva con la muerte encefálica.

233. EVOLUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON UN ICTUS ISQUÉMICO AGUDO TRATADO CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Alcántara Carmona S, Estéban García L, Martínez Sanz N, Pérez Redondo M, Balandín Moreno B, Valdíviva de la Fuente M y Fernández Simón I

Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda.

Objetivos: Comparar la supervivencia a los 6 meses, según edad, de los pacientes con un ictus isquémico agudo (IIA) tratado mediante trombectomía mecánica (TM).

Métodos: Estudio retrospectivo (44 meses). Pacientes con un IIA tratado mediante TM divididos en tres grupos: A (< 65 años); B (65-79 años) y C (\geq 80 años). La reperusión angiográfica se definió como una puntuación en la *modified Treatment In Cerebral Infarction score* (mTICI) de IIb/III. Una diferencia \geq 4 entre los valores iniciales/valores previos al alta hospitalaria en la *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) fue calificado como evolución neurológica intrahospitalaria favorable. Una puntuación en la escala modificada de Rankin (mRS) a los seis meses de 0-2 fue considerada como buena evolución neurológica. Análisis estadístico: χ^2 o Fisher (categóricas) y Kruskal-Wallis (numéricas). Análisis multivariante: regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes: 64 en el grupo A; 66 en el B y 35 en el C. No se encontraron diferencias en: prevalencia de enfermedad cerebrovascular, NIHSS inicial, implicación basilar o en la puntuación en la *Alberta Stroke Program Early CT Score* (ASPECTS). Los \geq 65 años tuvieron más comorbilidades [A: 2 (1-3) vs. B y C: 2 (2-3); p < 0,05] y mayor APACHE II [A: 9 (7-12) vs. B y C: 13 (11-17); p < 0,001]. El inter-

valo inicio síntomas-reperusión (min) fue similar [A: 285 (241-382) vs. B: 305 (252-355) vs. C: 313 (270-360); NS] al igual que la tasa de reperusión completa [A: 43 (78,2%) vs. B: 53 (82,2%) vs. C: 21 (63,6%); NS] teniendo los pacientes del grupo C una mayor duración del IIA y una menor tasa de reperusión (NS). Cuarenta y cuatro pacientes (75,9%) del grupo A, 39 (72,2%) del B y 18 (64,3%) del C alcanzaron una evolución neurológica intrahospitalaria favorable (NIHSS \geq 4; NS). En el análisis multivariante los pacientes < 65 años tuvieron una mayor probabilidad de supervivencia a los seis meses [OR 0,04 (IC95 0,00-0,77); p = 0,03] no encontrando diferencias en la evolución neurológica (mRS a los seis meses = 0-2): Grupo A: OR 0,24 (IC95 0,04-1,32); p = 0,10 y Grupo B: OR 0,57 (IC95 0,11-2,80); p = 0,49. Ref. cat: Grupo C.

FIGURA 1: Características clínicas y demográficas

	Grupo A (< 65) n = 64	Grupo B (65 - 79) n = 66	Grupo C (\geq 80) n = 35
Sexo (varón)	41 (64)	39 (59.1)	20 (57.1)
Nº comorbilidades	2 (1 - 3)	2 (2 - 3)*	2 (2 - 3)*
APACHE II	9 (7 - 12)	13 (11 - 17)*	13 (11 - 17)*
Ictus isquémico previo	3 (4.7)	9 (13.6)	3 (8.6)
Ictus hemorrágico previo	0 (0)	1 (1.5)	1 (2.9)
NIHSS inicial	17 (12 - 20)	18 (13.5 - 21)	18 (16 - 21)
Ictus en territorio basilar	2 (3.1)	6 (9.0)	2 (5.7)
ASPECTS	8 (6.5 - 10)	8.5 (7 - 10)	8 (7 - 10)

Los datos son mostrados como valores absolutos (%) o medianas (q25 - q75). NIHSS: *National Institute of Health Stroke Scale*. ASPECTS: *Alberta Stroke Program Early CT Score*. *p < 0.05; *p \leq 0.001

FIGURA 2: Características del tratamiento y evolución

	Grupo A (< 65) n = 64	Grupo B (65 - 79) n = 66	Grupo C (\geq 80) n = 35
Trombolisis previa	40 (62.5)	30 (45.5)	15 (42.9)
Síntomas a trombolisis (min)	117.5 (100 - 135)	105 (90 - 134)	120 (105 - 156)
Síntomas a reperusión (min)	285 (241 - 382)	305 (252 - 355)	313 (270 - 360)
Reperusión (mTICI IIb/III)	43 (78.2)	53 (82.8)	21 (63.6)
Intubación para TM	33 (51.6)	40 (60.6)	23 (65.7)
Complicaciones TM	6 (9.5)	1 (1.5)	1 (2.9)
Drogas vasoactivas	8 (12.5)	10 (15.1)	4 (11.4)
Drogas hipotensoras	7 (10.9)	13 (19.7)	6 (17.1)
Transformación hemorrágica	14 (21.9)	10 (15.1)	10 (28.6)
Cambio en el NIHSS	< 4: 14 (24.1) \geq 4: 44 (75.9)	< 4: 15 (27.8) \geq 4: 39 (72.2)	< 4: (35.7) \geq 4: 18 (64.3)
Destino al alta	Domicilio: 44 (75.9) Centro rehab.: 14 (24.1)	Domicilio: 32 (65.3) Centro rehab.: 17 (34.7)	Domicilio: 9 (34.6)* Centro rehab.: 17 (65.4)*

Los datos son mostrados como valores absolutos (%) o como medianas (q25 - q75). mTICI: *modified Treatment In Cerebral Infarction score*. NIHSS: *National Institute of Health Stroke Scale*. *p < 0.001

Conclusiones: En nuestra serie una edad inferior a 65 años se asoció con una mejor supervivencia a seis meses, siendo la evolución neurológica similar entre grupos. Creemos que, aunque no se trate de un criterio de exclusión, la edad debe ser un criterio que considerar ante la TM del IIA.

234. VASOESPASMO: ¿PUEDO PREDECIRLO?

Munera Valero M, Prado Mira A, Pérez Villena MM, Muñoz de Luna Herrera L, González Mozo M, Barrios Arnau M, Ruiz-escibano Taravilla E, Sánchez Iniesta R, Córcoles González V y Cortés Monedero JL

Hospital General Universitario en Albacete.

Objetivos: Evaluar si la aceleración del flujo cerebral en los primeros días de ingreso de la hemorragia subaracnoidea (HSA) puede prever el vasoespasm.

Métodos: Estudio prospectivo de baja intervención que incluía los pacientes con diagnóstico de HSA ingresados en 2017. Recogimos variables demográficas y clínicas, y realizamos doppler transcraneal (DTC) en tercer y quinto día, con medición de flujo cerebral en ambas ACM, ACA, ACP y arteria basilar. Se consideró aceleración la Vm superior a 90 cm/s en ACM y 60 cm/s en el resto de arterias. El diagnóstico posterior de vasoespamo se estableció en base a criterios clínicos y/o radiológicos. Se excluyeron los pacientes con mala ventana sonográfica temporal, pacientes que fallecieron en los primeros 7 días de ingreso y aquellos en los que no se realizaron ambos estudios doppler.

Resultados: Se incluyeron en total 31 pacientes, 16 varones (52%), edad media 56 años (DE 14, IC95% 51-62) y origen aneurismático en 18 pacientes (58%), siendo la localización más frecuente en arteria carótida interna izquierda (5 pacientes) y arteria comunicante anterior (5 pacientes), tratados endovascularmente en 15 casos. La mayoría de las HSA fueron FISHER IV (19 pacientes), seguido de FISHER III (5 pacientes) y Hunt y Hess mayor de 3 en 13 pacientes (Hy H 5 en 9 pacientes). Presentaron vasoespamo clínico o radiológico 6 pacientes, sin diferencias en características basales respecto a los que no presentaron vasoespamo. Todos los pacientes que presentaron vasoespamo clínico-radiológico fueron FISHER III/IV y solían tener hipomagnesemia más frecuentemente a las 24h de ingreso [2 (27% vs. 4 (17%)]. Los pacientes que presentaron aceleración en ambas ACM los días 3 y 5 fueron los que más adelante se diagnosticaron de vasoespamo clínico o radiológico ($p < 0,05$). No encontramos relación entre presentar vasoespamo y otras variables clínicas como toma de estatina, valor de TnT al ingreso o morbimortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con Vm > 90 cm/s en ACM el tercer o quinto día presentan más frecuentemente vasoespamo clínico o radiológico.

235. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS CEREBRAL AGUDO Y EL GRADO DE RECANALIZACIÓN Y REPERFUSIÓN POR LA ESCALA TIC1 (TROMBOLYSIS IN CEREBRAL INFARCTION SCALE) DE LOS 100 PRIMEROS CASOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE

Molina Díaz I^(a), Garzón Pérez R^(b), Finger Kamps MA^(a), Parrilla Toribio DM^(a), Ventura Ventura P^(a), Medina Rodríguez JC^(a), Martín Velasco MM^(a), López Fajardo P^(a), López Ferraz C^(a) y Pinedo Luján CE^(a)

^(a)Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^(b)Atención Primaria en Granadilla de Abona.

Objetivos: Analizamos la posible relación entre el tiempo empleado en el procedimiento y el grado de recanalización y reperfusion obtenidos por la escala TIC1 (Trombolysis In Cerebral Infarction Scale) de los 100 primeros casos de tratamiento endovascular mediante trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo, divididos cronológicamente en grupos de 50 procedimientos.

Métodos: Realizamos un estudio de correlación bivariada de Pearson entre las variables tiempo empleado en el procedimiento y los resultados de la escala TIC1, de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica entre el 26 de diciembre de 2015 y 26 de abril de 2019, divididos en dos grupos de 50 procedimientos, grupo 1 (50 primeros) y grupo 2 (50 siguientes). Codificamos para su análisis la variable TIC1 (TIC1 0 = 0, TIC1 1 = 1, TIC1 2a = 2, TIC1 2b = 3 y TIC1 3 = 4).

Resultados: En nuestra muestra de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica encontramos los siguientes resultados: Grupo 1: tiempo del procedimiento media de 60,2 minutos (DE 41,11), TIC1 de media 2,86 (DE 1,26). Correlación de Pearson -0,679 ($p < 0,0$). Grupo 2: tiempo del procedimiento media de 49,9 minutos (DE 51,37), TIC1 de media 3,36 (DE 0,69). Correlación de Pearson -0,412 ($p < 0,0$).

Conclusiones: Tras analizar los primeros 100 casos desde el inicio del procedimiento de trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo en el Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria podemos afirmar que existe una fuerte correlación inversa entre el tiempo empleado en el procedimiento y el resultado según la escala TIC1. Obteniéndose mejores resultados TIC1 en el segundo grupo y con menor tiempo de procedimiento, en probable relación con la destreza

adquirida en la técnica. Resultados estadísticamente significativos en ambos grupos estudiados.

236. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PASES DURANTE EL PROCEDIMIENTO Y EL GRADO DE RECANALIZACIÓN Y REPERFUSIÓN OBTENIDO EN LA ESCALA TIC1 (TROMBOLYSIS IN CEREBRAL INFARCTION SCALE) DE LOS 100 PRIMEROS CASOS DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS CEREBRAL AGUDO, EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE

Molina Díaz I^(a), Garzón Pérez R^(b), Finger Kamps MA^(a), Marinaro Colonna A^(a), López López S^(a), Fraga Quintana CR^(a), Castellano Pérez RM^(a), Conde Denis PL^(a), Ramos Izquierdo MA^(a) y Medina Cabrera N^(a)

^(a)Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^(b)Atención Primaria en Granadilla de Abona.

Objetivos: Analizamos la posible relación entre el número de pases realizados en el procedimiento de reperfusion y el grado de recanalización y reperfusion medidos en la escala TIC1 (Trombolysis In Cerebral Infarction Scale) de los 100 primeros casos de tratamiento endovascular mediante trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo, divididos cronológicamente en grupos de 50 procedimientos.

Métodos: Realizamos un estudio de correlación bivariada de Pearson entre las variables número de pases realizados y el grado TIC1, de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica entre el 26 de diciembre de 2015 y 26 de abril de 2019, divididos en dos grupos de 50 procedimientos, grupo 1 (50 primeros) y grupo 2 (50 siguientes). Codificamos para su análisis la variable TIC1 (TIC1 0 = 0, TIC1 1 = 1, TIC1 2a = 2, TIC1 2b = 3 y TIC1 3 = 4).

Resultados: En nuestra muestra de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica encontramos los siguientes resultados: Grupo 1: número de pases de media 2,32 (DS 1,75), TIC1 de media 2,86 (DE 1,26). Correlación de Pearson -0,643 ($p < 0,0$). Grupo 2: número de pases de media 2,48 (DE 2,16), TIC1 de media 3,36 (DE 0,69). Correlación de Pearson -0,389 ($p < 0,0$).

Conclusiones: Tras analizar los primeros 100 casos desde el inicio del procedimiento de trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo en el Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria podemos afirmar que existe una fuerte correlación inversa entre el número de pases realizados en el tratamiento de reperfusion del ictus cerebral agudo y el grado de recanalización y reperfusion según la escala TIC1. Resultados estadísticamente significativos en ambos grupos estudiados.

237. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL REFRACTARIA. EXPERIENCIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Loaiza Ortiz D, Castillo Castejón S, Tara Abad M, Yuste Maestre F, Díaz Barranco M y Torres Galera D

Hospital General Universitario de Alicante en Alicante.

Objetivos: La craniectomía descompresiva (CD) se considera una medida eficaz en el tratamiento de la hipertensión intracraneal (HTI) refractaria a tratamiento médico. El objetivo de nuestro estudio es presentar las principales características de los pacientes admitidos en un centro de referencia en neurocríticos de la provincia de Alicante, a los que se realizó CD por causa traumática y no traumática.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de una cohorte de pacientes mayores de 15 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero de 2015 a diciembre de 2019.

Resultados: Durante el periodo del estudio fueron incluidos un total de 73 pacientes, hombres 66% (48), mujeres 34% (25), con una edad media de 46 años ($s = 14$). Se realizó CD por traumatismo craneoencefálico (TCE) grave en 40% (29), seguido de hemorragia subaracnoidea (HSA) 26% (19), ICTUS isquémico 20% (15) y hemorragia espontánea 14% (10). La estancia media hospitalaria fue de 37 días ($s = 30$) y la estancia media en UCI fue de 18 días ($s = 12$). El total de días de ventilación mecánica presentó una mediana de 10 días (P25: 7; P75: 17). El nivel de conciencia inicial se valoró con la escala de coma de Glasgow y presentó una mediana de 7 puntos, con anomalía pupilar en 40% (29). Como medidas terapéuticas de segundo nivel para disminuir la HTI se utilizó la

combinación de sedación, relajación muscular y terapia hiperosmolar en 79% (58). El tipo de CD más frecuente fue la frontotemporoparietal (FTP) en 78% (57) que se realizó por las características de la lesión al ingreso en 21% (15) y en las siguientes 24 horas en 65% (47). En la tomografía presentaron lesiones difusas un 63% (46) y lesión focal un 37% (27). Se presentó infección superficial relacionada con el sitio de la CD en 12% (9) y profunda con absceso en 3% (2). El grado de discapacidad y secuelas valorado mediante la escala de Glasgow extendida fue de estado vegetativo y discapacidad grave en un 63% (46) de los pacientes al alta de UCI y un 44% (32) al alta hospitalaria. La mortalidad hospitalaria fue del 28% (20) y la mortalidad en UCI fue del 22% (16).

Conclusiones: En nuestra UCI la CD se realizó con mayor frecuencia FTP por causa no traumática en pacientes con enfermedad vascular y dentro de las primeras 24 horas de ingreso. Un importante número de CD se realizó a pacientes con TCE grave. Posterior a una estancia media prolongada, el grado de discapacidad grave supera el 50% al alta de UCI con una mortalidad del 22%.

238. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LAS HEMORRAGIAS INTRACRANEALES ESPONTÁNEAS INGRESADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

de León Belmar JJ^(a), Espí Caparrós P^(b), Tejada Adell M^(a), Romero Gómez B^(a), Micó Gómez ML^(a), Gomar Vidal S^(a), Cortés Navalón C^(a), Arlandis Tomás M^(a) y Martín Pachés A^(a)

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

Objetivos: Analizar la supervivencia a largo plazo de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de hemorragia intracranial espontánea, así como compararla entre los distintos tipos: hemorragia subaracnoidea y hemorragia intraparenquimatosas. Por último, comprobar si existe asociación de la supervivencia con la gravedad radiológica y con el género.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en nuestro Servicio de Medicina Intensiva de un hospital de tercer nivel, sobre los pacientes con diagnóstico de hemorragia intracranial espontánea entre enero de 2012 y diciembre de 2017. Se recogieron datos demográficos, clínicos, radiológicos y evolutivos de los pacientes.

Resultados: Del total de 151 pacientes, obtuvimos 91 hemorragias intraparenquimatosas y 60 hemorragias subaracnoideas. Tras el análisis de Kaplan-Meier, la supervivencia global a largo plazo fue de 64,9%. Además, esta fue mayor en las hemorragias subaracnoideas (76,7%) frente a las hemorragias intraparenquimatosas (57,1%) ($p = 0,013$). Únicamente se encontró asociación entre la supervivencia y la gravedad radiológica para las hemorragias intraparenquimatosas ($p = 0,001$). La mortalidad en las hemorragias subaracnoideas presentó un comportamiento diferente entre varones (13%) y mujeres (37%) ($p = 0,032$), pese a que las edades medias fueron similares en ambos sexos.

Conclusiones: En nuestra muestra, la supervivencia a largo plazo fue de 64,9%, con una concentración de la mortalidad en la fase de hospitalización, observando una supervivencia al año mayor en las hemorragias subaracnoideas. En las hemorragias intraparenquimatosas observamos mayor mortalidad a mayor gravedad radiológica. Las hemorragias subaracnoideas presentaron una mayor mortalidad entre las mujeres.

239. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD DE LA CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA TRAS EL ALTA, EN PACIENTES CON TCE E HIPERTENSIÓN INTRACRANIAL REFRACTARIA EN UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA

Rivero Perdomo Y^(a), Sánchez Ramírez C^(a), Lübbe Vázquez CF^(a), Padrón Mujica A^(a), Vicente Arranz JL^(a), Saavedra Santana P^(b) y Ruiz Santana S^(a)

^(a)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en Las Palmas de Gran Canaria. ^(b)Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la mortalidad y la discapacidad al alta de la UCI y 30 días después, en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) e hipertensión intracranial refractaria (HIC) refractaria y sometidos a craniectomía descompresiva (CD).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con TCE ingresados en UCI desde el 1 mayo 2009 hasta el 31 diciembre 2018,

que tuvieron CD tras un TCE con HIC refractaria. Se analizaron las variables demográficas y los factores de riesgo asociados a mortalidad ya descritos en la literatura. 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 logístico multidimensional de mortalidad a los 6 meses tras alta de UCI.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes de 230 TCE y 105 politraumatizados con TCE grave. La mortalidad hospitalaria fue del 28,6% y al alta de UCI fue 10,7%. Los factores asociados a mortalidad que mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) fueron entre otros (tabla 1): edad ($p = 0,002$), APACHE II ($p = 0,006$), Glasgow Coma Score (GCS) en la UCI ($p = 0,013$, desplazamiento de la línea media en la TC craneal, GOS y Escala de Rankin modificada (mRS), tanto al alta ($p = 0,005$ como $p = 0,001$, respectivamente) y 30 días después del alta de la UCI ($p = 0,004$ y $p = 0,005$, respectivamente). El GOS al alta de UCI fue de 3 y a los 30 días de alta de 3 y el Rankin al alta de UCI fue 5 y a los 30 días fue de 3. Los factores que se asociaron independientemente con la mortalidad a los 6 meses tras alta de UCI fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial, intubación orotraqueal en el entorno prehospitalario, ninguna pupila reactiva antes de la CD y ambas pupilas reactivas después de la CD (tabla 2). Las complicaciones asociadas más comunes fueron neumonía nosocomial (67,9%), hematoma extraaxial del sitio quirúrgico (57,1%) e hidrocefalia (39,3%).

Tabla 1. Mortalidad 6 meses tras alta UCI	Todos N = 28	Vivos N = 20	Exitos N = 8	P
Edad, años	42,0 ± 17,1	36,0 ± 14,1	56,9 ± 15,5	0,002
Sex varón	24 (85,7)	19 (95,0)	5 (62,5)	0,058
APACHE II	21,5 ± 6,2	19,7 ± 4,9	27,3 ± 6,8	0,006
GCS en lugar	9,5 (5,0 - 14,0)	7,5 (4,8 - 12,0)	14,0 (8,8 - 14,2)	0,113
GCS en Urgencias	6,0 (3,0 - 10,5)	5,0 (3,0 - 8,5)	6,5 (6,0 - 14,0)	0,160
GCS en ingreso UCI	3,0 (3,0 - 3,0)	3,0 (3,0 - 3,0)	3,0 (3,0 - 3,0)	0,630
GCS en ingreso mayor de UCI	11 (8 - 14)	12 (10 - 15)	8 (3 - 10)	0,013
Diabetes mellitus	3 (11,1)	0	3 (42,9)	0,012
Hipertensión arterial	6 (22,2)	2 (10,0)	4 (57,1)	0,024
Dislipemia	2 (7,4)	1 (5,0)	1 (14,3)	0,459
Tto antiagregante previo	2 (7,4)	1 (5,0)	1 (14,3)	0,459
IOT previo Hospital	11 (39,3)	11 (55,0)	0	0,010
IOT en Urgencias	12 (42,9)	6 (30,0)	6 (75,0)	0,044
IOT en UCI	2 (7,1)	1 (5,0)	1 (12,5)	0,497
IOT en quirófano	2 (7,1)	2 (10,0)	0	1
Midriasis bilateral areactiva previo a CD	2 (7,1)	2 (10,0)	0	1
Ambas pupilas reactivas previa a CD	16 (57,1)	14 (70,0)	2 (25,0)	0,044
Ninguna pupila reactiva previa a CD	5 (17,9)	1 (5,0)	4 (50,0)	0,015
Midriasis bilateral areactiva post CD	2 (7,1)	0	2 (25,0)	0,074
Ambas pupilas reactivas post CD	20 (71,4)	17 (85,0)	3 (37,5)	0,022
Una pupila reactiva post CD	2 (7,1)	2 (10,0)	0	1
Ninguna pupila reactiva post CD	6 (21,4)	2 (10,0)	4 (50,0)	0,038
HSA	16 (57,1)	12 (60,0)	4 (50,0)	0,691
Lesión axonal difusa	2 (7,1)	2 (10,0)	0	1
Obliteración 3 ^o ventrículo o colapso de sistemas de base previo CD	18 (64,3)	12 (60,0)	6 (75,0)	0,669
Hematoma no evacuado llegada hospital	20 (71,4)	15 (75,0)	5 (62,5)	0,651
Lesión evacuada	4 (14,3)	3 (15,0)	1 (12,5)	1
Contusión focal con edema y expansividad	25 (89,3)	18 (90,0)	7 (87,5)	1
Hematoma epidural	7 (25,0)	5 (25,0)	2 (25,0)	1
Craniectomía Derecha	11 (39,3)	6 (30,0)	5 (62,5)	0,200

Conclusiones: Los factores que se asociaron independientemente con la mortalidad a los 6 meses tras alta de UCI fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial, intubación orotraqueal en el entorno prehospitalario, ninguna pupila reactiva antes de la CD y ambas pupilas reactivas después de la CD. En pacientes con TCE e HIC refractarios al tratamiento médico y sometidos a CD, la mortalidad al alta de UCI fue baja pero con discapacidad grave.

Tabla 1. Mortalidad a 6 meses tras alta UCI (continuación)				
Hipertermias previo CD	8 (29.6)	6 (31.6)	2 (25.0)	1
Hipertermias post CD	27 (96.4)	20 (100.0)	7 (87.5)	0.286
Terapia osmolar	26 (92.9)	19 (95.0)	7 (87.5)	0.497
Exitus UCI	3 (10.7)	-	3 (37.5)	-
Desplazamiento línea media en ingreso	7.5 (2.8 - 10)	5 (0 - 8.2)	12 (9 - 16)	0.002
Desplazamiento de línea media previa CD	9 (4.8 - 11.4)	6 (3.8 - 10)	15.5 (11.9 - 18.2)	0.001
Desplazamiento de la línea media post CD	0 (0 - 2.0)	0 (0 - 0)	4.5 (1 - 7.2)	0.014
GCS al alta UCI	3 (2 - 3)	3 (3 - 3.2)	2 (1 - 3)	0.005
GCS 30 días tras alta UCI	3 (2.5 - 5)	4 (3 - 5)	2 (2 - 2)	0.004
Rankin alta UCI	5 (4 - 5)	4 (2 - 5)	5 (5 - 6)	0.001
Rankin 30 días tras alta UCI	3 (2 - 5)	2.5 (2 - 4)	5 (5 - 5)	0.005
Días estancia Hospital	68 (50 - 89)	68 (54 - 88)	69 (11 - 95)	0.703
Días estancia UCI	26 (18 - 35)	26 (22 - 34)	24 (10 - 42)	0.741
Días estancia Craneotomizado	67 (46 - 82)	67 (49 - 80)	68 (9 - 94)	0.819

CD: craneotomía descompresiva; IOT: intubación orotraqueal; HSA: Hemorragia subaracnoidea

Tabla 2. Análisis multivariado de mortalidad 6 meses tras el alta de UCI

	VIVOS N = 20	EXITUS N = 8	P	OR (95% IC)
Diabetes Mellitus	0	3 (42.9)	0.012	0
Hipertensión arterial	2 (10.0)	4 (57.1)	0.024	10.49 (1.37 - 111)
IOT previo Hospital	11 (55.0)	0 (0.0)	0.01	0 (0 - 0.60)
Ninguna pupila reactiva previa a CD	1 (5.0)	4 (50.0)	0.015	16.36 (1.66 - 483)
Ambas pupilas reactivas post CD	17 (85.0)	3 (37.5)	0.022	0.12 (0.02 - 0.87)

IOT: intubación orotraqueal

240. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS 100 PRIMEROS CASOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DESDE LA CENTRALIZACIÓN DE ASISTENCIA PRECOZ EN NUESTRO CENTRO

Monge Sola L, Sampedro Martín I, Díez Urdiales E, López López LB, Peiro Chamorro M, Esteban Molina A, Fransi Portela I, Jaqués Andrés C, Casalduero Viu J y Carrillo López A

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Describir los aspectos epidemiológicos y clínicos, así como la mortalidad, de los 100 primeros pacientes que ingresaron en la UCI de Traumatología del Hospital Miguel Servet con el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea no traumática desde el inicio del proceso de centralización de asistencia precoz de todas las HSA de la Comunidad Autónoma de Aragón en dicho hospital.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 100 pacientes ingresados en UCI de Traumatología del Hospital Miguel Servet desde de enero de 2017 hasta septiembre de 2019 (33 meses), con diagnóstico inicial de HSA no traumática. Se realizó un análisis descriptivo de las variables más importantes según la bibliografía: edad y sexo, antecedentes y factores de riesgo, escalas de gravedad, Glasgow de recogida, clínica, presencia de aneurisma cerebral y sus características, complicaciones neurológicas, tipo de tratamiento recibido, días de estancia en UCI, mortalidad, adecuación del esfuerzo terapéutico y donación de órganos.

Resultados: De los 100 pacientes recogidos, el 33% eran varones y el 67% mujeres, la edad media fue de 56,2 años (DE 13,6). El factor de riesgo más frecuente fue la HTA (43%). La forma de presentación predominante fue la cefalea (71%), con grado III de escala Fisher (45%), Hunt y Hess II (33%) y WFNS II (30%). La mediana de GCS de recogida fue de 14 (RI 6). Se encontró aneurisma cerebral en el 73% de los pacientes. La localización más frecuente fue el territorio anterior (87,67% de los casos), predominando en la arteria comunicante anterior (32,87%), y de

localización izquierda. El 82% de los pacientes presentó alguna complicación, siendo más frecuentes la neurológicas (47%) que las no neurológicas (35%), e individualmente fue predominante la hidrocefalia (31%). Se trataron inicialmente al 94,5% de los pacientes con aneurisma, realizándose embolización en el 85,5% de los casos, y clipaje quirúrgico en el 14,50%. El 8,2% requirieron tratamiento en un segundo tiempo, utilizando en todos la embolización. La mediana de días de estancia en UCI fue de 5 días (RI 7). La mortalidad observada fue del 18%. Del total de pacientes, fueron donantes de órganos el 5%, y se adecuó el esfuerzo terapéutico en el 11%.

Conclusiones: La HSA es una patología grave, debida en su mayoría a la rotura de aneurismas y que se asocia a importante morbimortalidad. Nuestra serie de pacientes y resultados se ajustan a otras series publicadas previamente.

241. ANÁLISIS DE LAS INFECCIONES EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS Y TRAUMATIZADOS GRAVES

Marcano Millán E J, Blanco Pintado S, Cestero Ramírez L, Núñez Blanco N, González Robledo J, González Pérez G, Diego Calvo A, Ferreras Páez Z, Marín Salazar JJ y Sagredo Meneses V

CAU Salamanca en Salamanca.

Objetivos: Análisis de infecciones en pacientes traumatizados ingresados en el CAU de Salamanca entre 2015-2019 y repercusión en la morbimortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de infecciones producidas en pacientes traumatizados, analizando su relación con mortalidad, estancia, ventilación mecánica, etc.

Resultados: 559 pacientes con politraumatismo o traumatismo grave. 75,67% varones. Edad media 52,59 años (DE 20,39). 50,6% requirió ventilación mecánica, media 8,62 días (DE 8,13). ISS 18,72 (DE 9,45), NISS 24,41 (DE 11,11). Estancia media en UCI 7,99 días (DE 10,84). Exitus 12,30%. 70% de la mortalidad en las primeras 72 horas siendo causas 62% hipertensión intracraneal, 20% fracaso multiorgánico precoz, exanguinación 12% y otras 6%. TCE 63,86%, torácico 51,16% y extremidades 41,86%. Causa más frecuente accidente de coche 26,29%. Presentaron infección 97 pacientes. Edad media 56,12 años (DE 20,62), 72,16% varones. Media de días de ingreso 23,86 (DE 11,04). Ventilación mecánica 91,75% con media 17,8 días (DE 8,27). ISS 23,31 (DE 9,52). NISS 31,24 (DE 11,18). TCE 88,66%, traumatismo torácico 50,52% y de extremidades 48,57%. Mecanismo lesional: accidente de coche 28,87%, caída accidental 28,86%, atropello 10,4% y precipitación 9,28%. 27,84% cultivos negativos. Infecciones: NAVM precoz 35,05% (*S. aureus* 26,47%, *H. influenzae* 14,7%, *Pseudomonas* 14,7%, *Morganella morganii* 11,76%), NAVM tardía 24,74% (*S. aureus* 27,27%, *E. coli* 13,63%, *Proteus* 13,63%), infección por catéter 21,65% (*S. epidermidis* 61,90%, *Proteus* 9,52%) y orina 13,4% (*Pseudomonas* 30,7%, *E. coli* 23,07%, *Proteus* 15,38%). Los pacientes con infección tuvieron más días de ingreso en UCI (t -13,274 [-18,2176/-13,5224] p < 0,0001), de ventilación mecánica (t -9,253 [-11,1309/-7,2291] p < 0,0001) y más TCE (χ^2 23,148 [16,0597-31,1577] p < 0,001). El porcentaje de pacientes con VM fue significativamente mayor en pacientes con infección (χ^2 56,918 [32,8599-46,9097] p < 0,0001), con ISS y NISS mayor (t -4,411 [-6,6332/-2,5468] p < 0,0001) (t -5,584 [-9,2318/-4,4282] p < 0,0001). Excluyendo la mortalidad precoz las infecciones aumentan en 3 veces el riesgo de mortalidad (OR 3,1273 [1,447-6,7584] p = 0,0037).

Conclusiones: Los pacientes con infecciones son pacientes con mayor necesidad de ventilación mecánica y mayor gravedad según el ISS/NISS. Las infecciones más frecuentes son la NAVM. En conjunto asocian un aumento de riesgo de muerte de hasta 3 veces en relación a pacientes sin infección.

242. RECUPERACIÓN FUNCIONAL A LOS 6 MESES TRAS HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Gómez Mediavilla KA, Rodríguez Ruiz C, Gonçalves Gonçalves GC, Jiménez Clemente J y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe en Getafe.

Objetivos: Analizar la recuperación funcional a los 6 meses de los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA).

Métodos: Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes con HSA ingresados de forma consecutiva en la UCI del Hospital de Ge-

tafe desde 1/1/16 a 30/06/19, con seguimiento mediante contacto telefónico a los 3 y 6 meses. La situación funcional se evaluó con la escala de Rankin modificada (Rm). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados: Ingresaron 51 pacientes con HSA, 28 (55%) mujeres, mediana de edad 52 años [rango intercuartil (RI) 46-64], 35 (69%) con aneurisma cerebral (circulación anterior 77% y posterior 20%), tratamiento endovascular en 21 (60%) y quirúrgico en 9 (26%), mediana de estancia hospitalaria 12 días (RI 7-21) y mortalidad hospitalaria 22%.

Desenlace funcional a 6 meses % (IC95%)			
	Rm ≤ 2 ¹	Rm ≤ 3 ²	Rm ≥ 5 ³
Edad			
≤ 65	65 (49-78)	68 (52-80)	25 (14-40)
> 65	27 (10-57)	45 (21-72)	55 (28-79)
Mujeres			
Hombres			
GCS*			
≤ 5	9 (2-38)	18 (5-48)	73 (43-90)
6-10	14 (3-51)	29 (8-64)	71 (36-92)
≥ 11	82 (66-91)	85 (69-93)	9 (3-24)
HUNT y HESS			
≤ 3	82 (66-92)	85 (70-94)	9 (3-23)
≥ 4	6 (1-27)	18 (6-41)	76 (53-90)
WFNS			
≤ 3	82 (66-92)	66 (51-78)	9 (3-23)
≥ 4	6 (1-27)	18 (6-41)	76 (53-90)
Fisher			
≤ 3	90 (70-97)	90 (70-97)	5 (9-24)
4	35 (21-53)	45 (29-62)	48 (32-65)
Hidrocefalia 1^{as} 24 h			
No	65 (43-82)	71 (53-85)	21 (10-40)
Sí	39 (20-61)	52 (33-71)	43 (26-63)
Vasoespasmio			
No	63 (48-76)	71 (56-82)	24 (14-39)
Sí	30 (11-60)	30 (11-60)	60 (31-83)
Aneurisma			
No	88 (64-96)	94 (72-99)	6 (1-28)
Sí	43 (28-59)	49 (33-64)	43 (28-59)

¹IABVD e instrumentales, limitaciones en algunas actividades habituales y laborales. ²Independiente para actividades básicas (IABVD), necesita ayuda para algunas instrumentales. ³Muerto o estado vegetativo.
*GCS: peor GCS antes de sedación.

Conclusiones: A los 6 meses del evento un 18% de los pacientes con HSA grave (GCS ≤ 5, Hunt-Hess ≥ 4, WFNS ≥ 4) son independientes para las actividades básicas y necesitan ayuda para algunas instrumentales (Rm ≤ 3).

243. EL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES COMO FACTOR ASOCIADO A MAYOR MORTALIDAD EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Peñasco Martín Y, López Sánchez M, Feo González M, Cuenca Fito E, Ortiz Lasa M, Campos Fernández S, Delgado Hernández S, Escudero Acha P, González Castro A y Rodríguez Borregán JC,

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Determinar la asociación entre la administración de corticoides y la mortalidad en pacientes que ingresan en UCI con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo. Se realizaron dos grupos según la administración de corticoterapia en UCI. Inclusión: pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de SGB. Exclusión: edad 18 años. Periodo: 1 de enero de 2003 a 31 de diciem-

bre de 2018. Análisis estadístico: comparación de proporciones por chi cuadrado (χ^2) o test de Fisher. Comparación de medias por t de Student o test de Welch. Análisis mediante regresión logística tomando como variable resultado la administración de corticoides. Análisis multivariante ajustando por gravedad clínica (puntuación en la escala APACHE II).

Resultados: 31 pacientes. 21 varones (67,7%). La edad media fue de 63,26 ± 16,02 años. La puntuación media en la escala APACHE II fue de 12,16 ± 6,19 puntos. Fallecieron 14 enfermos (45,2%). 11 pacientes (35,5%) recibieron tratamiento con corticoides.

Análisis comparativo			
	Corticoide (n:11)	Sin corticoide (n:20)	P
Mortalidad	7 (63,6%)	7 (35,0%)	0,153
Sexo (varón)	7 (63,6%)	14 (70,0%)	> 0,999
Tipo			
Desmielinizante	6 (54,5%)	10 (50,0%)	0,590
AMAN	1 (9,1%)	3 (15,0%)	
AMSAN	3 (27,3%)	2 (10,0%)	
Miller-Fisher	0 (0%)	1 (5,0%)	
Gravedad ENF			
Leve	2 (18,2%)	1 (5,0%)	0,443
Moderado	3 (27,3%)	8 (40,0%)	
Grave	3 (27,3%)	6 (30,0%)	
Noradrenalina	2 (18,2%)	6 (30,0%)	0,657
IOT	9 (81,8%)	16 (80,0%)	> 0,999
Infección	7 (63,6%)	14 (70,0%)	> 0,999
Disautonomía	7 (63,6%)	13 (65,0%)	> 0,999
Recuperación sin secuelas	2 (18,2%)	3 (15,0%)	0,203
Edad	61,91 ± 16,63	64,0 ± 16,06	0,734
APACHE II	12,45 ± 6,68	11,64 ± 5,45	0,814
SOFA	3,75 ± 3,86	1,80 ± 2,30	0,154
Días VM	17,11 ± 16,37	73,50 ± 161,29	0,299

Análisis de la mortalidad			
	OR	IC95%	p
APACHE II	1,48	1,10-2,00	0,011
Corticoterapia	13,22	1,05-166,96	0,046

Conclusiones: El tratamiento con corticoides podría asociarse a mayor mortalidad en los pacientes con SGB que ingresan en UCI.

244. EFECTO DEL MOMENTO DE LA REALIZACIÓN DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN LOS DESENLACES DE LOS PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Jaramillo Sotomayor CE, Gonçalves G, Jiménez J, Gómez Mediavilla K y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe en Getafe.

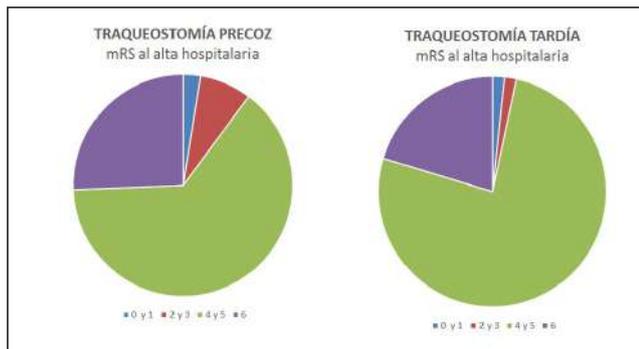
Objetivos: Analizar el efecto del momento de la realización de la traqueostomía en los desenlaces clínicos de los pacientes con patología estructural neurológica.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluye a 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 2019.

Resultados: Se incluyeron un total de 98 pacientes con patología estructural aguda neurológica traqueostomizados durante su estancia en UCI, con una media de edad 65 ± 14 años y siendo la mayoría de ellos varones (70,4%). La patología intracraneal más frecuente fue la hemorragia intracraneal (54%) seguida del traumatismo craneoencefálico (26%). La realización de la traqueostomía de forma tardía (> 10 días) estuvo relacionado con mayor duración de la ventilación mecánica, estancia en UCI y estancia hospitalaria (23,5 días, 46 días y 34 días respectivamente) comparado con la realización de la misma de forma precoz (< 10 días). La situación funcional al alta y la mortalidad observada fue similar en ambos grupos.

Desenlaces clínicos de los pacientes neurocríticos traqueostomizados			
Resultados	Traqueostomía precoz (≤ 10 días) (n = 39)	Traqueostomía tardía (> 10 días) (n = 59)	Valor p
Duración de la VM (días), mediana (RI)	13 (9-17)	23,5 (18-29)	$< 0,001$
Tº estancia en UCI (días), mediana (RI)	32 (21-59)	46 (34-87)	0,020
Tº estancia hospitalaria (días), mediana (RI)	21 (15-26)	34 (28-38)	$< 0,001$
Mortalidad hospitalaria, n (%)	10 (26)	12 (20)	0,543

Características basales de los pacientes neurocríticos traqueostomizados			
	Traqueostomía PRECOZ (≤ 10 días) n = 39 (40%)	Traqueostomía TARDÍA (> 10 días) n = 59 (60%)	p
Patología neurológica:			
•HIC, n (%)	23 (59)	30 (51)	
•TCE, n (%)	11 (28)	15 (25)	
•HSA, n (%)	1 (3)	12 (20)	
•Ictus isquémico, n (%)	4 (10)	2 (3)	
Edad, media \pm DS	64 \pm 14	66 \pm 14	0,406
Sexo, masculino, n (%)	25 (64)	44 (75)	0,271
SAPS II, media \pm DS	43,5 \pm 12	45 \pm 15,5	0,581
• ≥ 50 , n (%)	13 (33)	23 (39)	
• < 50 , n (%)	26 (67)	36 (61)	
GCS al ingreso, media \pm DS	7,5 \pm 3	9 \pm 4	0,098
• ≤ 8 , n (%)	25 (64)	30 (51)	
• > 8 , n (%)	14 (36)	29 (49)	
Hipertensión intracraneal, n (%)	14 (36)	30 (51)	0,148
Tº hasta traqueostomía, días, mediana, (rango intercuartil)	7 (6-9)	18 (14-21)	$< 0,001$



Conclusiones: El momento de la realización de la traqueostomía en los pacientes neurocríticos no influye en la mortalidad ni en los resultados funcionales al momento del alta hospitalaria, aunque su retraso (> 10 días) prolonga la duración de la ventilación mecánica y la estancia en UCI y a nivel hospitalario con importantes implicaciones en el gasto sanitario y consumo de recursos.

245. INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO CAROTÍDEO, ¿ES OBLIGATORIO SU INGRESO EN UCI?

Castiñeiras Amor B^(a), Pérez Torres M^(a), Solano Lorente E^(b), Arenas Mazarrota C^(a), Fernández Tobar R^(a), Tejado Bravo S^(a), García Sanz J^(a) y Alcántara Carmona S^(a)

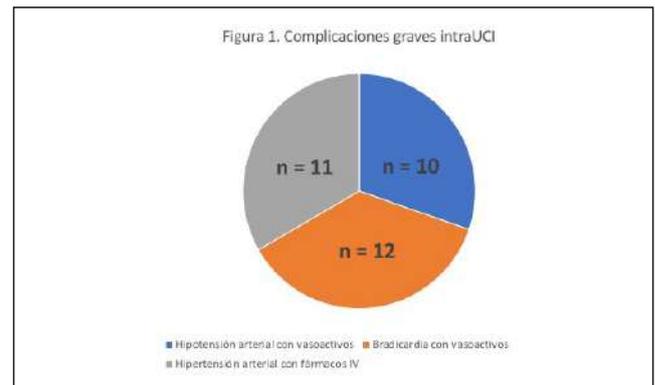
^(a)Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda. ^(b)Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid en Madrid.

Objetivos: Estudiar la incidencia de complicaciones inmediatas (primeras 24h posprocedimiento) de pacientes sometidos de forma programada a una angioplastia carotídea con stent (ACTPSt) de cara a valorar la necesidad de su ingreso en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo (2008-2014) que incluye todos los pacientes ingresados en UCI tras ACTPSt. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, características de las lesiones, complica-

ciones intraprocedimiento y durante su ingreso en UCI. Se consideraron complicaciones graves: hipotensiones y/o bradicardias que requirieron empleo de vasoactivos, e hipertensiones con necesidad de control farmacológico intravenoso. Se registró además la mortalidad intra-UCI. Datos expresados como mediana (IQ25-IQ75) o como valor absoluto y %.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes. Edad 68 años (59-75) y 69 varones (76,7%). Rankin modificado 0 (0-1). Las comorbilidades por orden de frecuencia fueron hipertensión arterial (n = 60; 67,4%); dislipemia (n = 49; 55,1%); diabetes mellitus (n = 20; 22,5%). En el 54% de los casos (n = 48) la carótida afectada fue la izquierda. Ochenta y dos pacientes (82,9%) recibieron ACTPSt por estenosis carotídea siendo esta superior al 70% en 68 casos. Se trataron además dos disecciones y cinco aneurismas. Cuarenta y tres pacientes (48,3%) presentaron alguna complicación intraprocedimiento siendo la más frecuente la bradicardia (n = 40) que fue grave en 38 de ellos. Un 25,8% de los pacientes (n = 25) presentaron al menos una complicación intra-UCI grave y ocho de ellos al menos dos (fig.). Además un paciente (1,12%) precisó de implantación de marcapasos tras ACTPSt y otro (1,12%) falleció durante su ingreso en UCI debido a una hemorragia intracraneal en el seno de un síndrome de reperfusión.



Conclusiones: La ACTPSt programada es un procedimiento seguro con baja mortalidad. A pesar de ello una cuarta parte de los pacientes se beneficiaría de una monitorización hemodinámica y neurológica rigurosa. Si esta debe realizarse en unidades de cuidados intensivos o en unidades de cuidados intermedios continúa siendo tema de debate.

246. ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Cid Tovar I, Calle Romero M, Bringas Bollada M, Blesa Malpica AL, Alonso Martínez P, Gil Conde A, Vivar Vela MM, García Pacios V, Yordanov Zlatkov V y Sánchez García M

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo asociados a necesidad de transfusión masiva (TFM) (transfusión de 4 o más hemoderivados) en el paciente politraumatizado.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes politraumatizados atendidos inicialmente por el SAMUR e ingresados posteriormente en la UCI del HCSC en 2019. Se analizaron edad, sexo, constantes vitales, tipo de accidente, coagulación, administración de ácido tranexámico, fluidoterapia, presencia de fractura pélvica, necesidad de cirugía abdominal o arteriografía, nº de hemoderivados trasfundidos, estancia en UCI y gravedad del trauma medido mediante las escalas ISS y NISS. Las variables cualitativas se expresan como %. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar si siguen una distribución normal y como mediana y p25-p75 si no siguen una distribución normal. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: 75 pacientes. TFM: 9,3%. ISS: 16 (9-24,5). NISS: 24,9 \pm 17. De todos los pacientes que requirieron TFM un 57,1% eran varones y un 42,9% mujeres ($p 0,027$). La presencia de hipotermia se asoció a una mayor necesidad de TFM (57,1% frente 42,9%; $p < 0,0001$). Existieron diferencias en la tensión arterial sistólica (TAS) y la diastólica (TAD): (TAS 93 \pm 48,1 mmHg en TFM frente 129,75 \pm 26,5 mmHg en no TFM, $p 0,002$; TAD 55,86 \pm 28,38 mmHg en TFM frente 77,28 \pm 16,8 mmHg en no TFM, $p 0,004$). Los valores de coagulación fueron distintos: INR 1,1 (1,1-1,2) en no TFM; 1,4 (1,1-1,7) en TFM ($p 0,04$). TTPA 26,5 s (24-

29,15) en no TFM; 32,8 s (26,9-53) en TFM ($p < 0,02$). Los pacientes que requirieron TFM recibieron en mayor proporción ácido tranexámico (71,4% frente 28,6%, $p < 0,0001$) y también mayor cantidad de fluidos (1150 ± 508 mL frente $490,5 \pm 324,65$ mL, $p < 0,0001$). Un 71,4% de los pacientes que requieren TFM presentan fractura pélvica. Según la clasificación de TILE, precisaron más TFM las fracturas tipo C (42,9% del total de pacientes con TFM, $p < 0,0001$). Un 13,3% de pacientes precisaron cirugía abdominal, y la necesidad de TFM fue mayor con respecto a los que no la precisaron (57,1% vs. 42,9%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Los varones, la hipotermia, la hipotensión arterial, la coagulopatía, la administración de ácido tranexámico y una mayor cantidad de fluidos, la presencia de fractura pélvica y la cirugía abdominal son factores que se asocian a TFM en el paciente politraumatizado. Si bien la hipotensión arterial, el ácido tranexámico y la hipotermia son circunstancias que pueden haber sido condicionadas por un sangrado mayor.

247. 3 AÑOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE QUEMADOS HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Baena J, Marquina S, Acuña M, Rey A, Vizcaino C, Vallés S, Jiménez A, Serracanta J, Bagueña M y Barret JP

Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas, acciones clínicas y mortalidad en unidad Unidad de Quemados Multidisciplinar con presencia física de médicos de cuidados intensivos.

Métodos: Estudio retrospectivo mediante base de datos propia de la Unidad de Quemados Hospital Universitario Vall d'Hebron. Recogiendo variables epidemiológicas, clínicas, escalas de gravedad y acciones clínicas relevantes en todos los pacientes ingresados de enero de 2017 a diciembre de 2019 catalogados como grandes quemados (GQ) o críticos quemados (CQ), estos último definido como todo paciente quemado que precisa control o seguimiento clínico por un especialista en cuidados intensivos.

Resultados: En los últimos 3 años hemos objetivado un aumento del número de grandes quemados y de su complejidad, en 2019 hemos tenido 84 grandes quemados de los cuales 44 son Quemados críticos con un ABSI medio de 9,7 puntos que comporta una mortalidad prevista entre 50-60% cuando en los años previos el ABSI medio era de 8. Con un Apache II que ha disminuido en el último año 14,32 respecto a años previos con APACHE II de 17,3 de media. Existe un descenso de edad media de nuestros pacientes de 52 años de media en 2017-2018 a 46,9 años en 2019. Sin cambios epidemiológicos respecto a la prevalencia de hombres como accidentados en una relación 2:1 respecto a mujeres. De forma lineal al aumento de grandes quemados se objetiva un claro aumento del número de síndrome inhalación de humos respecto a los años anteriores; 33 inhalados en 2019, el doble respecto 2018; se mantiene una relación estable entre número de inhalados totales con número de intoxicados por monóxido de carbono, 1 intoxicado por cada 1,6 inhalados por humo. Sin relación evaluables estadística con los posibles intoxicados por cianatos, dado que el diagnóstico es de sospecha, si evidenciamos que se trata un paciente con hidroxocobalamina por cada 2-2,5 inhalados que ingresan. A pesar del aumento de pacientes y la gravedad de estos (asociados también a inhalación de humos), hemos disminuido la mortalidad real de la unidad a un 12% de los grandes quemados y 11,3% si solo evaluamos a los quemados críticos.

Conclusiones: La Unidad Multidisciplinar de Quemados del Hospital Vall d'Hebron ha presentado en el último año un aumento de complejidad y número de grandes quemados, manteniendo una mortalidad inferior a la prevista por los índices de gravedad.

488. LA AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN MONOCITARIA EN EL TRAUMA COMO MARCADOR DE GRAVEDAD Y SHOCK

Marcos Morales A, Barea Mendoza JA, Cueto-felgueroso Ojeda C, Gómez Rojas S, Pérez Segura G, García Fuentes C, Montejo González JC y Chico Fernández M

Hospital 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Una amplitud de distribución monocitaria (MDW) elevada es reflejo de una mayor activación celular en respuesta a un estrés, y se ha visto relacionada en la literatura con una mayor probabilidad de sepsis en pacientes con infección aguda. El objetivo de este estudio es

medir la MDW en pacientes politraumatizados, y estudiar las asociaciones entre una MDW elevada y parámetros de gravedad del traumatismo.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una UCI de Trauma de un centro hospitalario de 3^{er} nivel. Se incluyeron aquellos pacientes ingresados por politraumatismo en el periodo entre agosto y noviembre de 2019, a los que se les realizó un hemograma al ingreso en el que se incluyó la medición de la MDW. Se clasificaron los pacientes en función del nivel de MDW (mayor o menor de 20 U), en las primeras 72h de ingreso. Para cada grupo se compararon: Injury Severity Score (ISS), inestabilidad hemodinámica, fracasos orgánicos, tiempos de estancia en UCI y mortalidad.

Resultados: En el estudio se incluyeron 87 pacientes con una mediana de edad de 43 años, de los cuales 77% fueron hombres. La mitad de los pacientes presentaron enfermedad traumática grave, con una mediana de ISS de 17 (RIC 11-25). El 18% de los pacientes presentó un TCE grave, 20% trauma torácico grave, 17% trauma ortopédico moderado/grave, 15% trauma abdominal moderado/grave. Los pacientes con una MDW > 20 U presentaron más frecuentemente inestabilidad hemodinámica al ingreso (38% vs. 20%, $p = 0,038$) y fracaso renal agudo (21 vs. 4%, $p = 0,017$). También mostraron una tendencia hacia un mayor desarrollo de disfunción multiorgánica y de coagulopatía, sin alcanzarse en estas dos medidas la significación estadística. No se encontró relación entre una MDW elevada y la mortalidad ni los días de estancia en UCI.

Conclusiones: En pacientes politraumatizados, una amplitud de distribución monocitaria > 20 U al ingreso se asoció con una mayor inestabilidad hemodinámica, y con otros factores de mal pronóstico. La adquisición de este parámetro, barato, fácil de obtener y disponible en menos de una hora, podría ser de utilidad en la estratificación inicial de estos pacientes.

489. VARIABLES DE RESUCITACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS TRATADOS MEDIANTE FÓRMULA BET. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Blanco Schweizer P, Sánchez Ballesteros J, Martín Luengo A, Fernández Rodríguez L, de Ayala Fernández JA, Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Posadas Pita G y Canas Pérez I

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Evaluar variables relacionadas con resucitación de pacientes quemados ingresados en unidad grandes quemados, tratados con fórmula BET.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, incluye quemados entre 2012-2016, resucitados con BET, con todo el volumen de resucitación de las 1^a 48 horas desde quemadura registrado, ingresados en 1^a 12 horas post-quemadura. BET utiliza albúmina a elevada concentración desde inicio de resucitación y se va decrementando: 0-8h-10 g/dl; 8-16h-7,5 g/dl; 16-24h-5 g/dl; 24-40h-2,5 g/dl; > 40h-0 g/dl. Hora 0 = hora quemadura. Ritmo inicial resucitación calculado: $\text{ml/h} = \text{SCQ} (\text{superficie corporal quemada}) (\text{m}^2) \times 220$. Ritmo ajustado según objetivo diuresis 0,3-0,5 ml/kg/h. Variables analizadas: volumen total resucitación 24h y 48h, volumen resucitación indexado por SCQ % y kg de peso (VOLBSi) 24h y 48h, evolución lactato y exceso de bases (EB) 48h y complicaciones relacionadas con resucitación. Datos expresados como media \pm DE, mediana+IQR y proporción, y su relación estadística analizada usando χ^2 , test exacto Fisher, t-test o U Mann-Whitney según convenga.

Resultados: 40 pacientes, SCQ% 37 ± 17 . Lactato inicial 3 (2-4), EB inicial -5 (-7,5 - -2,5). En 48 horas aclaramiento lactato 29% (0-60%) e incremento EB de 120% (66%-175%), con rangos normales en 1^a 24 horas: lactato = 1,8 (1,5-2,1) y EB = -2 (-3 - -1); diferencia estadísticamente significativa respecto a valores iniciales ($p < 0,05$). Complicaciones: SDRA leve 22%, moderado 5%, grave 2,5%, FRA 53%, TRR 12,5%, profundización 20%, síndrome compartimental abdominal 5%, extremidad 0%, ocular 2,5%.

Resucitación			
Volumen	Quemadura-24h	24-48h	Quemadura-48h
VOLBSi	2,58 \pm 1,18*	4,62 \pm 1,90*	7,21 \pm 3,01
Total	6.402 \pm 2.840*	11.661 \pm 5.536	18.063 \pm 8.203
Estimado Parkland	9.810 \pm 5.267*	-	-
Estimado BET	3.166 \pm 1.623*	-	-

* $p < 0,05$

Conclusiones: La fórmula BET permite resucitación efectiva con volumen de resucitación bajo e inferior a estimación Parkland. Pacientes resucitados con BET tienen baja tasa de complicaciones relacionadas con resucitación.

490. ANÁLISIS DE LA RESUCITACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO TRAUMÁTICO. ESTUDIO UNICÉNTRICO

Campos Fernández S^(a), de la Rasilla Sainz T^(b), Sánchez Arguano MJ^(a), Feo González M^(a), Cherchi Pepe MS^(a), Delgado Hernández S^(a), Cuenca Fito E^(a), Burón Mediavilla FJ^(a), Miñambres García E^(a) y Ballesteros Sanz MA^(a)

^(a)Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^(b)Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria en Santander.

Objetivos: Análisis de las características, resucitación y mortalidad de los pacientes con shock hemorrágico traumático.

Métodos: Estudio analítico unicéntrico y retrospectivo de los pacientes con shock hemorrágico de etiología traumática ingresados en Medicina Intensiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Período: 2013 a 2018. La variable resultado fue la mortalidad. Se consideraron dos grupos en función de la mortalidad. Se usó la prueba t-Student o prueba U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas. Las variables categóricas fueron evaluadas con la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher.

Resultados: Hubo 55 pacientes, con edad mediana 62 años (IQR 29,5-78) y predominio de varones (68,9%). Las causas más frecuentes del traumatismo fueron las caídas (24,5%), los atropellos (22,6%) y las precipitaciones (22,6%). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el mecanismo lesional dependiendo de la edad. Las caídas fueron más frecuentes en mayores de 65 años y, los atropellos y precipitaciones, en menores de 65. El 13,2% estaban antiagregados, el 15,1% anticoagulados y todos ellos eran mayores de 65 años. La mortalidad de la serie fue del 37,7%. Los pacientes fallecidos presentaban puntuaciones ISS más elevadas [25 (IQR 16-32) vs. 16 (IQR 13-16); p: 0,106] y se encontraban de modo significativo bajo efecto de medicación antiagregante (15% vs. 12,1; p: 0,003). No se detectaron diferencias en el índice de shock entre fallecidos y supervivientes [1,12 (IQR 0,9-1,31) vs. 1,12 (IQR 0,9-1,31); p: 0,633]. La presión arterial sistólica al ingreso en UCI fue más elevada entre los que sobrevivieron (80 mmHg (IQR 75-100) vs. 62,5 mmHg (IQR 24-85); p: 0,009). Los valores de lactato sérico al ingreso en UCI, fueron superiores en los fallecidos [67,5 mg/dL (IQR 22-116) vs. 36,4 mg/dL (IQR 22-48,5); p: 0,706] y estos pacientes recibieron menor volumen de hemoderivados (no significativo). Los supervivientes permanecieron ingresados en UCI una mediana de 8 días mientras que los fallecidos no superaban las 24 horas (p: 0,001).

Conclusiones: El shock hemorrágico traumático causa la muerte tras el trauma en las primeras 24 horas. Las caídas en personas de edad avanzada y bajo tratamiento anticoagulante/antiagregante son un grupo vulnerable. Se deberían implementar protocolos de actuación en esta población.

491. CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA CRÓNICA EN LOS PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

Sánchez Arguano MJ, Ballesteros Sanz MA, Miñambres García M, Campos Fernández S, Feo González M, Ceña Carazo J, Cherchi Pepe MS, Cuenca Fito E y Fernández Rodríguez A

Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Determinar la prevalencia y factores de riesgo de la enfermedad crítica crónica en los pacientes politraumatizados.

Métodos: Estudio cohortes prospectivo observacional unicéntrico. Período 2015-2019. Pacientes ingresados en UCI del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" por enfermedad traumática (Registro RETRAUCI) que desarrollaron enfermedad crítica crónica (ECC). Se consideró ECC a la necesidad de ventilación mecánica por un periodo mayor a 14 días y/o realización de traqueotomía. Se recogieron variables clínicas y de resultado en UCI y hasta alta hospitalaria. Los datos se muestran como media-desviación estándar (DE) y valor absoluto (%). Las comparaciones entre grupos se realizaron con las pruebas t-Student (o U Mann-Whitney), ji cuadrado y test exacto Fisher, según

tipo y características de la variable. Se ajustó un modelo de regresión logística.

Resultados: 64/630 desarrollaron ECC. Estos pacientes se caracterizaron por presentar mayor edad [54,6 años (DE 21) vs. 51 años (DE 19,7); p = 0,193], puntuación ISS más elevada [17 (DE 10) vs. 13,8 (DE 8,2); p = 0,001] y mayor NISS (26 (DE 11) vs. 19,2 (DE 10,5); p: 0,001). No se detectaron diferencias según mecanismo lesional. El grupo ECC desarrolló en mayor proporción procesos infecciosos (64 (100%) vs. 98 (17,3%); p: 0,001), disfunción respiratoria (70,3% vs. 26,5%; p: 0,001) e insuficiencia renal aguda (TDE) (7,8% vs. 1,2%; p: 0,001). Las primeras 24 horas de ingreso precisaron en mayor proporción intervención quirúrgica (50% vs. 29%; p: 0,001) y aporte de hemoderivados (31,3% vs. 20,5%; p: 0,047). El grupo ECC tuvo estancia más prolongada [13 días (DE 19) vs. 45 (DE 21,8); p = 0,001] y la mortalidad resultó mayor (20,3% vs. 11,5%; p = 0,079). La intervención quirúrgica en las primeras 24 horas (OR 2,5, IC95% 1,3-3,9) La edad (OR 1,1, IC95% 0,9-1,2), puntuación ISS (OR 1,1, IC95% 1,02-1,3) y fueron predictores de ECC en el análisis multivariante.

Conclusiones: La prevalencia de ECC de desarrolla en una proporción considerable de pacientes traumáticos. La identificación precoz de factores de riesgo podría facilitar intervenciones específicas para cambiar la trayectoria de este proceso.

492. NIVEL ASISTENCIAL Y MANEJO DEL SHOCK HEMORRÁGICO TRAUMÁTICO. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

Ballesteros Sanz MA^(a), Barea Mendoza JA^(b), Llompou Pou JA^(c), Chico Fernández M^(b), Serrano Lázaro A^(d), Terceros Almanza LJ^(b), Marcos Neira P^(e), Amézag Menéndez R^(c), Sánchez Satorra M^(e) y Quintana Díaz M^(f). Grupo de investigación: GT Neurointensivismo&Trauma y GT Hemoderivados

^(a)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^(b)Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^(c)Hospital Universitari Son Espases en Palma de Mallorca. ^(d)Hospital Clínico Universitario de Valencia en Valencia. ^(e)Hospital Germans Trias i Pujol en Badalona. ^(f)Hospital Universitario La Paz en Madrid.

Objetivos: Evaluar el abordaje del shock hemorrágico traumático en relación con el nivel asistencial del centro sanitario.

Métodos: Se elaboró una encuesta web que se envió desde Secretaría de SEMICYUC a los responsables de las Unidades de Medicina Intensiva de nuestro país. Se mantuvo abierta desde marzo a julio de 2019. Se compararon los datos en función del nivel asistencial de los centros sanitarios (tercer nivel vs. segundo y primer nivel). Se muestran los datos en valor absoluto y porcentaje. Las variables categóricas fueron evaluadas con la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher.

Resultados: 35/184 completaron el cuestionario. Hubo una encuesta por cada centro participante. El 51,4% (18 encuestas) corresponden a centros de tercer nivel. Estas unidades, respecto al resto, refirieron que asisten mayor proporción de pacientes con enfermedad traumática grave (ISS > 15) tienen en mayor número de protocolos de transfusión masiva (88,9% vs. 58,8%; p: 0,042) y usan las pruebas viscoelásticas para guiar hemoderivados (44,4 vs. 5,9%; p: 0,011). No se detectaron diferencias en el lugar donde se asiste al trauma grave ni en el profesional que lidera la resucitación. Ambos grupos son similares en cuanto a la disponibilidad de hemoderivados si bien los de tercer nivel cuentan en mayor proporción con concentrados de factores de coagulación (100% vs. 70,5%; p: 0,045) y con factor VII (83,2% vs. 52,9; p: 0,053). El tiempo desde que se solicitan los hemoderivados hasta su disponibilidad resultó ligeramente inferior en el grupo de tercer nivel (58,8% del grupo 3^{er} nivel los reciben en < 15 min. vs. 31,3% Grupo 1&2 nivel; p: 0,055). En el control de la hemorragia, los dos grupos apuntaron el uso de la cirugía de control de daños (100%) pero la administración de hemoderivados en ratio fija se apuntó en mayor proporción por parte de los centros de tercer nivel asistencial (77,8% vs. 58,8%; p: 0,227). La presencia de limitaciones que puedan influir en el resultado se sugirieron de modo significativo por parte de los encuestados de nivel asistencial inferior (94,1% vs. 61%; p: 0,025).

Conclusiones: La logística y las infraestructuras para el manejo del shock hemorrágico traumático resultaron diferentes según el nivel asistencial de las Unidades encuestadas. El desarrollo de protocolos de trauma podría ser una herramienta para optimizar y alcanzar homogeneidad en la asistencia de la enfermedad traumática grave.

493. ESTUDIO SOBRE EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS CON AFECTACIÓN ESPLÉNICA

Ormazabal Zabala T, García Sáez I, Olazabal Martínez A, Chapartegui Tellería I, Díez Bengoechea M, Aseguiñolaza Lizarazu M, Millán Santos B, Ucin Gurrutxaga J, Zabarte Martínez-aguirre M y Txoperena Alzugarai G

Hospital Universitario Donostia en Donostia-San Sebastián.

Objetivos: Analizar el perfil epidemiológico de los pacientes traumatizados con afectación esplénica que ingresaron en el Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario Donostia (HUD) entre los años 2013 y 2019.

Métodos: Observacional descriptivo. Período entre 1/1/2013 y 31/12/2019. Variables cuantitativas analizadas: Edad, días de hospitalización, ISS, RTS. Variables cualitativas analizadas: género, intencionalidad del traumatismo, mecanismo del traumatismo, tipo de lesión, grado de inestabilidad hemodinámica al ingreso, realización de arteriografía, realización de cirugía abdominal, complicaciones, mortalidad y motivos de exitus.

Resultados: De los 1.206 paciente traumatizados analizados, 105 (8,7%) presentaron afectación esplénica (laceración o fractura), con RTS inicial medio de 11,1 e ISS medio de 25,3. El 81,9% fueron varones con una media de edad de 43,5 años. La media de tiempo de hospitalización fue de 8,6 días. La mayoría de los traumatismos fueron no intencionados (86,6%) siendo el accidente de motocicleta la causa más frecuente (22,9%), seguido del accidente de coche (16,2%). El 97,1% de los pacientes presentaron lesiones contusas, frente al 2,9% con lesiones penetrantes. El 57,1% mantuvo la estabilidad hemodinámica durante el ingreso, frente al 42,9% que presentó distintos grados de inestabilidad. El 34,3% se sometió a arteriografía diagnóstica o terapéutica, y el 18,1% a cirugía abdominal. Las complicaciones más frecuentes fueron la coagulopatía (25,7%), el síndrome de distrés respiratorio agudo (23,8%), la insuficiencia renal aguda (23,8%) y la rabiomolisis (19%), presentando fracaso multiorgánico el 11,5%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 6,7%, siendo las lesiones cerebrales y el fracaso multiorgánico las causas más frecuentes.

Conclusiones: El perfil del paciente traumatizado con afectación esplénica es el de un varón de edad media, traumatizado en accidente de tráfico, y que durante el ingreso mantiene estabilidad hemodinámica en la mayoría de los casos, prevaleciendo la realización de la arteriografía diagnóstica o terapéutica sobre la cirugía abdominal urgente, y que presenta una baja mortalidad.

494. APLICACIÓN PRÁCTICA DE LAS ESCALAS PREDICTORAS DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN UNA MUESTRA REAL DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Calle Romero M, Cid Tovar I, Bringas Bollada M, Blesa Malpica A L, Palazón Blanco A, Galbán Malagón M C, López Vergara L, Giersig Heredia C M, Catalina García-perrote S y Sánchez García M

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: Conocer la concordancia entre las distintas escalas predictoras de transfusión masiva (TM) (ABC, TASH y TBSS) y la necesidad de TM en una muestra de pacientes politraumatizados atendidos por el SAMUR y la UCI del Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes politraumatizados desde enero a diciembre de 2019. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y las cuantitativas se expresan como media y desviación estándar si siguen una distribución normal y como mediana y p25-p75 si no siguen una distribución normal. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 20 IBM®. Definimos TM como necesidad de ≥ 4 CH en las primeras 24h.

Resultados: 75 pacientes de los cuales 85,3% son varones, con edad de 42 años \pm 18. Precisan TM un 9,3%. El número de CH transfundidos es 9 (5-13,5). La mortalidad es 10,8% y de los fallecidos el 50% recibe TM. La puntuación en la escala ABC en el grupo de TM es 2 (1-3) frente a no transfusión masiva (NTM) donde es 0 (0-1), $p < 0,01$, y 0 (0-2) en pacientes que fallecen frente 0 (0-1) en pacientes que sobreviven, $p > 0,515$. La puntuación en la escala TASH es de 15 (15,50-22,50), en el grupo de TM es 16 (15-25) frente NTM que es 4 (1-6,75), $p < 0,01$ y 12 (2,75-23,75) en pacientes que fallecen frente 4 (1-7) en pacientes que sobreviven, $p > 0,03$. Un punto de corte de 14 en la escala TASH tiene una sensibilidad (S) del 86% y especificidad (E) del 71% para TM. La puntuación en la es-

cala TBSS es de 4 (4-8), en el grupo de TM es 50 (45,50-61) frente grupo NTM que es 1 (9-22), $p < 0,01$ y 15,5 (6-28,25) en pacientes que fallecen vs. 4 (4-10) en pacientes que sobreviven, $p > 0,012$. Un punto de corte de 19 tiene una S 71% y una E 71% para TM.

Conclusiones: Todas las escalas estudiadas se correlacionan con la necesidad de transfusión masiva y todas, salvo la escala ABC, con la mortalidad. Un punto de corte de 14 en la escala TASH y de 19 en la escala TBSS tiene una elevada S y E para necesidad de TM en nuestra muestra.

495. APORTACIONES DE LA CIRUGÍA TORÁCICA DE ESTABILIZACIÓN DE FRACTURAS COSTALES EN EL TRAUMA TORÁCICO GRAVE

Pardo Peña G^(a), Matachana Martínez M^(b), Mejuto Montero N^(a), Fieira Costa E^(a), Paradela de la Morena M^(a), Peña González E^(a), Fernández Vago L^(a), Novo Carral A^(a), Gámez Zapata J^(a), Cordero Lorenzana L^(a)

^(a)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña. ^(b)Hospital HM Rosaleda en Santiago de Compostela.

Objetivos: Describir, a propósito de dos casos de la UCI del CHUAC, aportaciones de la fijación costal tras trauma torácico grave.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las variables. En el grupo no quirúrgico estudio de comparación de medias mediante la prueba de t de Student o test de Mann-Whitney. Demográficas y clínicas relacionadas con el politraumatismo, evolución, tratamiento y complicaciones durante el ingreso en UCI. Mortalidad. Colaboración con RetraUCI.

Resultados: De 2016 a 2019 los pacientes con trauma torácico grave que recibieron tratamiento quirúrgico fueron varones con edad media 69,5 años: Paciente 1: múltiples fracturas costales (> 5) con hemo/neumotórax y contusión pulmonar. La fijación se produjo a las 24 horas de ingreso con una estancia en UCI de 15 días, con 12 en VMI. No presentó complicaciones. Paciente 2: fracturas costales (> 5) con hemo/neumotórax y contusión pulmonar. La fijación se produjo a los 24 días del ingreso, estando en VMI 25 días. Tras la intervención no presentó complicaciones Nula mortalidad a los 30 días del evento. En el grupo de pacientes no quirúrgicos, estudiados entre 1993 y 2010, hasta un 80% fueron varones con una media de edad de 43,5 años. La lesión torácica más frecuente fue trauma cerrado (95,8%), fracturas costales (71,2%), contusión pulmonar (44%), hemotórax (41,7%) y neumotórax (31,6%). Las complicaciones más frecuentes son insuficiencia respiratoria (76,3%), SDRA (21,8%) y neumonía (23,2%). Un 43,6% precisaron VM. La estancia media de UCI fue 16,1 días y mortalidad 19,6%.

Conclusiones: En pacientes con traumatismo torácico grave asociado a otras lesiones (¿contusión pulmonar, hemotórax?) la fijación precoz de las fracturas costales podría suponer un descenso del tiempo de VMI y complicaciones asociadas. El tiempo de estancia en UCI podría reducirse y por tanto los costes sociosanitarios.

496. EL TIEMPO PROLONGADO EN EL ESCENARIO DEL INCIDENTE COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD EN LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS ATENDIDOS POR LOS HELICÓPTEROS SANITARIOS

Rodríguez Yakushev A

Hospital Universitario Parc Taulí en Sabadell.

Objetivos: Identificar aquellas variables asociadas al mayor tiempo de asistencia en la escena del siniestro (TES) en el paciente traumático.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de enero de 2015 a septiembre de 2019 de pacientes traumáticos asistidos por un helicóptero sanitario (HEMS) y trasladados a un Hospital Trauma Center. Para el análisis comparativo se utilizó test Chi cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis identificando variables con el método forward stepwise en la regresión logística binaria para TES ≥ 30 minutos. Se evaluó la capacidad discriminativa (ROC) y la calibración (Hosmer-Lemeshow). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v26, considerando significativo $p < 0,05$ e IC95% que excluyera 1.

Resultados: Se incluyeron 442 pacientes con edad media de 43 años [31-55], el 81,2% de los pacientes fueron de sexo masculino. Los mecanismos lesionales más frecuentes fueron accidente de tráfico (44%), precipitación (36%) y atropello (7%). La distancia media al incidente fueron de 16 millas náuticas [7-32], el tiempo activación-hospital (TAH)

61,3 minutos [46-81] y el TES 30,3 minutos [22-41]. El 49% de los pacientes fueron considerados de gravedad elevada (SE) por alteración de criterios fisiológicos (constantes vitales significativamente alteradas) o lesiones anatómicas (LA) sugestivas de gravedad, de las que resultaron ser las más frecuentes cabeza (54%), extremidades (46%), tórax (31%), abdomen (14%), lesión vertebral (14%), cara (11%) y pelvis (10%). El 30% requirieron intubación endotraqueal (IET), 12% presentaron inestabilidad hemodinámica (IHMD) y 19% escala del coma de Glasgow (GCS) \leq 8. El análisis bivalente según TAH \geq 60 minutos halló diferencias en estancia al siniestro (11,37 vs. 29,6 millas náuticas; $p < 0,05$), año (2015: 55% vs. 45%; 2016: 61% vs. 39%; 2017: 52% vs. 48%; 2018: 44% vs. 56%; 2019: 34% vs. 66%; $p < 0,05$), lesión torácica (24% vs. 37%; $p < 0,05$), lesión vertebral (10% vs. 17%; $p = 0,023$), IHMD (7,5% vs. 15%; $p = 0,012$), > 3 LA (95% TAH \geq 60 minutos; $p = 0,002$), SE (42% vs. 56%; $p < 0,05$), IET (23% vs. 37%; $p < 0,05$), GCS \leq 8 (14% vs. 25%; $p = 0,003$). Según TES \geq 30 minutos existieron diferencias en SE (41% vs. 57%; $p < 0,05$), lesión torácica (25% vs. 37%; $p < 0,05$), lesión pélvica (5,5% vs. 13,4%; $p < 0,05$), lesión vertebral (8% vs. 19%; $p = 0,001$), IHMD (4% vs. 19%; $p < 0,005$), IET (20% vs. 41%; $p < 0,05$), tiempo de activación (TdA 9,56 [2,37-27,9] vs. 4,46 [2-15,69]; $p = 0,002$), Glasgow \leq 8 (13% vs. 26%; $p = 0,002$), lesión única (52% vs. 38%; $p = 0,001$) y > 3 LA (89% TAH \geq 30 minutos; $p = 0,001$). En el análisis multivariante fueron predictoras de TES \geq 30, las lesiones pélvicas (OR 2,392 [1,086-5,269]; $p = 0,03$) y vertebral (OR 2,839 [1,476-5,460]; $p = 0,002$), IET (OR 2,975 [1,849-4,786]; $p < 0,05$), IHMD (OR 3,072 [1,372-6,875]; $p = 0,006$), ≥ 4 LA (OR 7,321 [1,551-34,571]; $p = 0,012$) y TdA < 5 minutos (OR 1,997 [1,315-3,034]; $p = 0,001$), con R2 Cox-Snell 0,171, R2 Nagelkerke 0,229, precisión 68,8%, Hosmer-Lemeshow $p = 0,615$ y AUC ROC (0,731 [0,684-0,777]; $p < 0,05$).

Conclusiones: El análisis de un dispositivo HEMS utilizado como recurso de primera intervención, ha objetivado que la categorización del trauma grave según un TES \geq 30 minutos se relaciona con una mayor gravedad, lo que podría permitir la selección del destino más adecuado, especialmente cuando haya sospecha de afectación torácica, pélvica, vertebral, GCS \leq 8, inestabilidad hemodinámica, requerimiento de IET y afectación ≥ 4 lesiones anatómicas.

497. REGISTRO DE PACIENTES CON POLITRAUMATISMO GRAVE INGRESADOS EN NUESTRA UCI DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Fernández Cuervo A, Celaya López M, Jiménez Moragas JM, León Montañes L y Revuelto Rey J. *Grupo de investigación:* GT Neurointensivismo y Trauma RETRAUCI

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Estudiar las características, tipo de trauma y lesiones de nuestros pacientes durante el último año en nuestro centro, referencia de neurotrauma de la provincia y Ceuta, consecuencia de un trauma grave durante las primeras 24 horas de ingreso en nuestra unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Base de datos del Grupo de Trabajo RETRAUCI. Análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: Durante el periodo entre 1 enero y 31 diciembre del año 2019 hemos ingresado un total de 85 pacientes. Proceden de otros hospitales (17,6%) y atención extrahospitalaria (69,4%). Los meses con mayor incidencia de ingresos han sido febrero (14,1%), mayo (13%), septiembre (10,5%) y junio (9,4%) y los meses de menor incidencia diciembre y julio, 5,8%, cada uno) y agosto (4,7%). La edad promedio ha sido 51 años. El sexo mayoritario han sido hombres (80%). El mecanismo que genera el trauma, la caída accidental supone el 31,8%, precipitación 25,8%, accidente de coche 15,4%, accidente de moto 11,8%, accidente de bici, atropello, arma blanca o desconocido representan un 3,5% cada uno y herida por arma de fuego un 1,2%. El GCS inicial medio fue de 9 puntos. Se realizó aislamiento de vía aérea mediante IOT/mascarilla laríngea prehospitalaria en 12 casos. El trauma principal ha sido a nivel craneoencefálico (81%) frente al trauma torácico (44%), abdominal (17%) y extremidades (29%), siendo lo más frecuente la combinación de trauma craneal y torácico o extremidades. Se realizó cirugía urgente en las primeras 24 horas en el 39,7% de los casos (neurocirugía: 21,1%, cirugía cardiotorácica 2,3%, cirugía abdominal 7%, traumatológica 9,4%). Se neuromotorizó mediante PIC intraparenquimatosa a 23 pacientes y fueron realizadas 4 cirugías descompresivas. El valor del ISS medio fue de 25.

Conclusiones: El mecanismo lesional más frecuente es la caída accidental. El principal lesionado atendido en nuestro centro es el neurocrítico. El menor porcentaje respecto a trauma abdominal y de extremidades probablemente se deba al ingreso de esos pacientes en el resto de hospitales comarcales de la provincia sin precisar derivación a nuestro centro.

499. IMPLANTACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE. ANÁLISIS DE LA ACTIVACIÓN Y TIEMPO DE ASISTENCIA

Montserrat Ortiz N, Servià Goixart L, Badia Castelló M, Codina Calero J, Rubio Ruiz J, Pujol Freire A, Morales Hernández D, Caballero López J y Trujillano Cabello J

Hospital Universitario Arnau Vilanova en Lleida.

Objetivos: Describir la implementación de un equipo multidisciplinar de atención al trauma grave (EATG) en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel. Analizar la activación del EATG y su influencia en la precocidad de ingreso en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo observacional del trauma grave (TG) que ingresa en UCI. Se diferencian 2 periodos de tiempo: PRE (junio 2015-mayo 2017) y POST (junio 2017- mayo 2019). Se analizan variables demográficas, activación del EATG, tiempos de asistencia desde su ingreso en urgencias (tURG) hasta la realización de pruebas de imagen (tTAC) y su traslado definitivo a UCI (tUCI) o quirófano (tQUIR). Gravedad lesional (ISS), intencionalidad del trauma y evolutivas de estancia y mortalidad en UCI. Comparación entre grupos mediante test de chi cuadrado o test de Kruskal Wallis. Se analizaron los factores que influyen en una rápida asistencia (< 120 min) previa a la llegada a UCI mediante regresión logística binaria OR (IC95%) y se seleccionaron las variables que alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$).

Resultados: Se ingresaron un total de 424 pacientes. Pre ($n = 211$) y post ($n = 213$). No se obtuvo diferencias entre los dos grupos en el periodo pre y post, con una edad media de $51,51 \pm 19,5$ años, varones 80,9%, 19,1% mujeres y una gravedad anatómica ISS $20,21 \pm 9,7$. Accidente de tránsito causa más frecuente de TG en un 49,1%, seguido de las caídas casuales. Traslado al hospital en un 79% con UVI móvil. Estancia media de $7,52 \pm 9,4$ días y mortalidad del 11,1%. En el periodo post se activó el EATG en 40,8% de los casos. Se observó una disminución en el periodo post en los tUCI 340 (284-404) vs. 319 (244-429) min y tQUIR 132'5 (78,7-201,5) vs. 122 (94,5-168,7) min aunque se aumentó el tiempo de traslado a tTAC 32,5 (23,2-54,7) vs. 36 (23-49) min. Los factores que se mostraron independientes para un tUCI < 120 minutos fueron Glasgow (OR 0,85 (0,79-0,90), IRESP 0,37 (0,17-0,80) y activación EATG 2,4 (1,46-4,13).

Conclusiones: El EATG se activó en menos de la mitad de los traumas graves que ingresaron en UCI. La implementación EATG conlleva una disminución de los tiempos de asistencia independientemente de la adecuada activación del equipo que orienta a una mejor organización en la asistencia. Los factores que influyen en un menor tiempo de asistencia son el deterioro neurológico (GCS), insuficiencia respiratoria y la activación del EATG.

500. VALORACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS GRAVES INGRESADOS EN UCI

Jiménez Jiménez G, Rubio Ruiz J, Codina Calero J, MMontserrat Ortiz N, Badia Castello M, Vilanova Corsellas J, Val Jordan E, Trujillano Cabello J, Caballero López J y Servià Goixart L

Hospital Universitari Arnau de Vilanova en Lleida.

Objetivos: Analizar la utilidad de valorar la comorbilidad de los pacientes traumáticos mayores de 50 años ingresados en UCI y cómo influye en su evolución posterior.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyen todos los pacientes traumáticos mayores de 50 años ingresados en una UCI polivalente entre enero-2017 y junio-2019. Los pacientes se distribuyen según grupo de edad: I (50-65 años), II (66-75 años) y III (> 75 años). Se evalúa la comorbilidad según escala de Comorbilidad de Charlson (ICC) y Clinical Frailty Scale (CFS). Se recogen variables demográficas, mecanismos de lesión, variables de gravedad (ISS y TRISS), mortalidad y destino al alta hospitalaria. Comparación entre grupos mediante test de chi cuadrado o test de Kruskal Wallis. Para el modelo multivariante de regresión de Cox se introdujeron las variables con una estrategia de full-model ($p < 0,05$) mediante selección por pasos.

Resultados: Ingresan 265 pacientes, 137 (51,7%) son mayores de 50 años. Hombres 81%. El mecanismo de lesión: 42 pacientes (30,7%) sufren caída desde la propia altura, 41 (29,9%) accidentes de coche y 19 (13,9%) precipitación. La puntuación media en la CFS es de $2,37 \pm 1,34$ que se correlaciona con la edad ($p = 0,19$). La media en la puntuación del ICC es de $3,15 \pm 1,88$, presentando mayor puntuación en el grupo III ($p < 0,01$). Fallecen 20 pacientes (14,6%) siendo la mortalidad más alta

en el grupo III (28,6%). De los 117 que sobreviven al alta de UCI, 16 (13,7%) son derivados a un centro socio-sanitario al alta hospitalaria: el 5,7% del grupo I, 18,5% del grupo II y 35% del grupo III ($p = 0,02$). En modelo multivariante las variables que se correlaciona con la mortalidad son el género 21,03 (1,06-414,9), TRISS 0,96 (0,93-0,98) y ICC 1,55 (1,01-2,39), y con el alta a un centro sanitario son la edad 1,1 (1,02-1,2), el género 0,25 (0,07-0,92) y el CFS 1,81 (1,09-3,01).

Conclusiones: Se debe evaluar la comorbilidad de los pacientes mayores de 50 años que ingresan en UCI. Este grupo supone más de la mitad de los pacientes ingresados en UCI, siendo la causa más frecuente las caídas accidentales. EL ICM se correlaciona con la mortalidad y el CFS de ser trasladado a un centro socio sanitario.

501. RESUCITACIÓN HEMOSTÁTICA DIRIGIDA POR TÉCNICAS VISCOELÁSTICAS EN LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS GRAVES CON SHOCK HEMORRÁGICO INGRESADOS EN UN HOSPITAL TRAUMA CENTER (2008-2019)

Gil Velazquez A, Rodríguez Yakushev A, Martínez Cabañero J, Espinal Sacristan C, Subirana Bofill R, Ochagavía Calvo A y Barquero López M
Hospital Universitario Parc Taulí en Sabadell.

Objetivos: Determinar el impacto de las técnicas viscoelásticas como complemento de la resucitación hemostática en relación al tratamiento del shock hemorrágico y su repercusión sobre el balance transfusional.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo enero 2008-julio 2019. Se incluyeron pacientes traumáticos trasladados a nuestro centro que hayan recibido ≥ 3 concentrados de hematies (CH) en < 24 horas. Se excluyeron pacientes < 18 años, inicio de reanimación en otro hospital o fallecidos en su atención inicial. Los resultados se expresaron en medias (DE) o medianas (IQ). Para el análisis comparativo se utilizó test chi cuadrado y t de Student.

Resultados: Se incluyeron 175 pacientes con edad media de 39 años [29-55] (76,4% hombres). Mecanismo del trauma 85% contuso y 15% penetrante. 24,1% presentaron trauma craneal grave y 38,1% fractura de pelvis. Injury Severity Score (ISS) de 30 [25-43] con una mortalidad global de 34,2% (51% hemorragia masiva). EcoFast 70,1% (positivo 40%). Cirugía urgente < 24 h en 81,7% y arteriografía con embolización 34,7%. Análítica de ingreso, hemoglobina 10 g/L [8-11], plaquetas $176 \times 10^9/L$ [139-233], tiempo de protrombina ratio 1,35 [1,2-1,7], fibrinógeno 1,4 g/L [1-1,8] y lactatos 41 mg/dL [29-62]. Activación del protocolo de transfusión masiva 83%, con administración en < 24 hrs una media de 7 [4-11] CH, 1[1-2] pool de plaquetas (51% pacientes), 4 [2-6] unidad de plasma fresco congelado (PFC) (55% pacientes), 4 [2-7] gramos de fibrinógeno (67% pacientes), 1.000 [1.000-2.000] UI de complejo concentrado de protrombina (13% pacientes) y 1 [1-2] gramo de ácido tranexámico (39,6% pacientes). En el análisis comparativo, los pacientes que recibieron PFC tuvieron un mayor balance transfusional para CH (10,2 vs. 5,4; $p < 0,05$) y menor dosis de fibrinógeno respecto al grupo sin PFC (4,4 gr vs. 6,9 g; $p < 0,05$). En los pacientes que se utilizó técnicas viscoelásticas en la resucitación hemostática se evidenció menor utilización de PFC (40,4% vs. 72,1%; $p < 0,05$) con una menor dosis diaria administrada (3,69 U/24h vs. 4,89 U/24h; $p < 0,05$), además de mayor uso de fibrinógeno (89,9% vs. 44%; $p < 0,05$) con mayor dosis diaria (7 g/24h vs. 2,81 g/24h; $p < 0,05$).

Conclusiones: La implementación de la resucitación hemostática dirigida por técnicas viscoelásticas en los pacientes traumáticos en los últimos años, ha reducido la utilización de plasma fresco congelado, incrementando la utilización de fibrinógeno y disminuyendo el balance positivo transfusional.

502. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DE LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Moreno Quintana JD, Banderas Bravo ME, Valverde Montoro A, Barrueco Francioni JE, Delgado Amaya MJ y Sellar Pérez G

Hospital Regional Universitario de Málaga en Málaga.

Objetivos: Analizar los pacientes traumatizados que ingresan en nuestra Unidad, el manejo inicial de los mismos y las posibles complicaciones que tienen durante su estancia en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes traumatizados ingresados en UCI desde junio de 2018 a junio de 2019. Analizamos va-

riables epidemiológicas, características generales, manejo inicial y durante su estancia en UCI, así como complicaciones surgidas en su evolución y alta. Expresamos los resultados como porcentajes y media o mediana \pm desviación típica y rango intercuartílico según el caso.

Resultados: Se recogieron 146 enfermos, de los cuales un 82,2% eran varones. La media de edad fue de $48,95 \pm 17,68$. Procedían mayoritariamente del área de Urgencias (56,8%) y en segundo lugar derivados de hospitales comarcales (28,8%), siendo lo más frecuente caídas accidentales (30,1%), accidente de moto con casco (24%) y precipitación (20,5%). Presentaron TCE un 72,6%. El GCS de recogida ≤ 8 en un 37,1%. De ellos, evolucionaron a muerte encefálica un 8,2%. Del total de politraumatismos, presentaron traumatismo maxilofacial un 26,7%, torácico un 42,5%, abdominal un 14,4%, pélvico un 11%, raquimedular un 32,2% y de extremidades un 28,8%. Presentaron PCR extrahospitalaria un 3,8% y se aisló la vía aérea en el lugar del accidente en un 32,9%. Requirieron intervención urgente: de neurocirugía el 15,8%, cirugía tórax 0,7%, cirugía abdominal 5,5%, CMF 1,4%, fijación columna 3,4%, fijación extremidades 6,2%, fijación pelvis 3,4%, embolización en traumas pélvicos sangrantes 2,7%. Precizaron fármacos vasoactivos un 46,6% y técnica de reemplazo renal un 3,4%. Necesitaron VM un 84,2%, con una media de $8,68 \pm 7,37$ días conectados. Se realizó traqueostomía percutánea al 34,1%. Durante su evolución presentaron infección nosocomial un 41,8% siendo la más frecuente la NAVM (33,6%). La mediana de estancia en UCI fue de 8 (4-17) y la hospitalaria de 22 (12-44,75) días. La mortalidad en nuestra serie es del 20,5%, de la cual un 17,1% fue en UCI.

Conclusiones: Tener una base de datos con todos los politraumatizados que ingresan en una UCI de un Hospital Regional como el nuestro, y que es de referencia para el manejo de este tipo de pacientes en la provincia, es de vital importancia ya que ayuda en la toma de decisiones, sirve para evaluar nuestro trabajo y consensuar el tratamiento en los casos más complicados.

692. FACTORES DE RIESGO DE VASOESPAMO E ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA TRAS HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

Cherchi MS, Hernández-Hernández MA, Fernández-Torre JL, Torres Díez E, González Mandly A, Marco de Lucas E, Mato Mañas DJ y Martín Laez R

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Identificar las variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y de imagen predictoras de vasoespasm (V) y/o isquemia cerebral tardía (ICT) al ingreso en UCI en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes con HSA ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel durante 18 meses. Se excluyeron los pacientes fallecidos en las primeras 72 horas. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, radiológicas y analíticas al ingreso y se analizó su relación con la variable objetivo V/ICT.

Resultados: Se analizaron 52 pacientes, 61,5% mujeres con una media de edad de $55,9 \pm 11,9$ años. La escala de WFNS fue > 3 en el 30,8%, con un APACHE-II medio de $13,9 \pm 7,1$ y una escala de coma de Glasgow de $12,4 \pm 3,9$. El 80,8% tuvieron HSA aneurismática. Se realizó embolización en el 95,2%. La mediana de retraso desde el ingreso en UCI hasta el tratamiento fue 12,2 [4,8-16,6] horas. La estancia media en UCI fue $10,9 \pm 9,8$ días y la hospitalaria de $29,6 \pm 31,4$. Ningún paciente falleció después del 3er día, con un rankin modificado al alta de UCI ≤ 3 en el 63,5%. El 23,1% desarrolló V/ICT, todos ellos con HSA aneurismática. Las variables relacionadas con V/ICT fueron: antecedente de hipertensión y dislipemia ($p = 0,04$); deterioro inicial del nivel de conciencia ($p = 0,04$); incremento de la frecuencia cardiaca al ingreso ($p = 0,03$); escala de Fisher ≥ 3 ($p = 0,05$) y vasoespasm en la arteriografía diagnóstica ($p = 0,04$). Los parámetros analíticos asociados con V/ICT fueron: leucocitosis ($p = 0,03$); descenso del hematocrito ($p = 0,02$); hiperglucemia ($p = 0,03$), hipopotasemia ($p = 0,01$), hiperlactacidemia ($p = 0,005$) y P50 elevada en la gasometría venosa ($p = 0,03$). En el análisis multivariable, la dislipemia (OR 25 [IC95 2-309,7]; $p = 0,012$), el lactato (OR 1,3 [IC95 1-1,6]; $p = 0,005$) y la P50 (OR 1,8 [IC95 1-3,2]; $p = 0,03$) fueron las variables predictoras de V/ICT.

Conclusiones: En nuestra serie, la incidencia de V/ICT tras HSA fue similar a lo descrito en la literatura, asociada a HSA aneurismática en todos los casos. El antecedente de dislipemia, la hiperlactacidemia y una menor afinidad del O₂ por la hemoglobina ($\uparrow p50v$) fueron las variables presentes al ingreso en UCI que se relacionaron con el desarrollo de V/ICT.

693. HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA. UNA VISIÓN DESCRIPTIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Patiño Haro P, San Barón M, Muñoz B, Trigueros M, Lázaro J, Portillo S, Canabal A y Albert P

Hospital Universitario de la Princesa en Madrid.

Objetivos: Describir de forma global las características de los pacientes y el manejo de la hemorragia cerebral espontánea en el Hospital Universitario de la Princesa.

Métodos: Estudio descriptivo, realizado en 121 pacientes con hemorragia intracraneal espontánea. Se incluyeron pacientes entre el 2015 al 2018. Se recogieron variables correspondientes a la edad, escala de coma de Glasgow de inicio, sexo, características de localización de la hemorragia, así como del manejo médico y quirúrgico de las lesiones.

Resultados: Los pacientes que presentaron hemorragia intracraneal un 69% eran varones, siendo la edad promedio de 64 años. La escala de coma de Glasgow (GCS) inicial en el 52% de los pacientes era de 13-15, un 23% de pacientes presentaba un GCS de 9-12 y un 25% de pacientes tenía un GCS \leq 8. En relación a la localización del hematoma, el 56% de los casos se encontraba en el hemisferio derecho, siendo los ganglios de la base con el 51% el área más afectada. Hasta un 54% de las hemorragias tenían extensión a ventrículos, y un 29% se acompañaron de hidrocefalia. Se logró un control de la presión arterial sistólica por debajo del 160 mmHg en el 60% de los pacientes en las primeras 3 horas, necesitando un 54% de los mismos manejo con antihipertensivos intravenosos. Un 24% de nuestros pacientes estaban previamente anticoagulados. La reversión de la anticoagulación (INR $<$ 1,3) se alcanzó en el 81,5% en menos de 3 horas desde el ingreso. La craneotomía se realizó al 27,3% de los pacientes presentando la mayor parte de los mismos un GCS entre 5-12. La mortalidad global fue del 35,5%. De todas las muertes que registramos un 40% de los fallecimientos ocurrieron en la planta de hospitalización.

Conclusiones: La hemorragia intracraneal continúa representando una importante causa de mortalidad en nuestra unidad de medicina intensiva. El 40% de los fallecimientos ocurren en la planta de hospitalización. La mayor parte de las hemorragias intracraneales se localizan en los ganglios de la base por lo que la optimización de las medidas de neuroprotección continúa siendo lo más importante dado la dificultad que tiene muchas veces el abordaje quirúrgico.

694. FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Alonso Martínez P, Bringas Bollada M, Loreto Vergara L, García Pacios V, Yordanov V, Vivar Vela M, Álvarez González M, Pardo Rey C, Blesa Malpica A, Sánchez García 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 2019. 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 U Mann-Whitney y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

Resultados: Se analizaron 252 pacientes. El 48,4% fueron mujeres. El 59,1% fueron menores de 65 años. El 60,3% presentaron Fisher III o IV. El 53,2% tenía lesión vascular asociada. En 106 pacientes se trató la lesión vascular, el 36,5% fue endovascular, solo en el 5,6% fue quirúrgico. En 49,2% no se realizó ninguna intervención inicial. Resangrado en el 9,9%. La mortalidad durante estancia en UCI fue del 20,2%. Se objetivaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad la asociación con hemorragia intraparenquimatosa (35% vs. 19% $p <$ 0,013) e intraventricular (63% vs. 30% $p <$ 0,01) y la necesidad de ventilación mecánica. En el multivariado Fisher III-IV, GCS $<$ 9 y la imposibilidad de tratamiento de las lesiones mostraron significación respecto al fallecimiento.

Regresión logística. Variable dependiente = exitus	OR	I.C. 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Fisher III-IV	0,17	0,056	0,551	0,003
Trat. lesión vascular	16,58	3,27	83,96	0,001
GCS $<$ 9	180,1	19,20	1.689,15	0,001

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.

695. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA HSA ESPONTÁNEA

Bringas Bollada M, López Vergara L, Alonso Martínez P, Catalina García-perrote S, Gil Conde A, Ortuño Anderiz F, Febriany Maichle S, Postigo Hernández C, Blesa Malpica A, Sánchez García 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 2019. 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 U Mann-Whitney y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

Resultados: Se analizaron 105 pacientes. El 66% fueron mujeres. El 57% fueron menores de 65 años. El 69,5% presentaron Fisher III o IV. El 92,3% fueron aneurismas, el 1,9% son fistulas y el 5,7% fueron malformación arteriovenosa. En el 100% tratamiento endovascular de la lesión, solo el 20% preciso DVE. El tiempo de demora entre ingreso y tratamiento fue de 2 días de mediana (q25: 1; q75: 2) La incidencia de vasoespasma fue del 17,5%, y resangrado 9,5%. La mortalidad en UCI fue del 14,3%. Tan solo se objetivaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad en grados altos de Fisher (III,IV respecto a I,II); la presencia de hemorragia intraventricular (HIV) ($p <$ 0,001), edad ($65 \pm 10,2$ frente a $57,4 \pm 14,5$ $p = 0,049$; ventilación mecánica ($22,6\%$ frente a $5,8\%$ $p = 0,014$); la estancia hospitalaria ($7,85 \pm 6,59$ frente a $28,8 \pm 26,58$) El GCS tanto al ingreso 9 (4-13) frente a 15 (8-15), como el peor durante estancia fueron inferiores (3 (3-5) frente a 14 (7-15) mostrando significación estadística. En el multivariado la presencia de HIV, ventilación mecánica 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. El nivel de conciencia al ingreso, medido según la escala de Glasgow tiene valor pronóstico en cuanto a mortalidad. La asociación con otros diagnósticos vasculares, en especial HIV, determinaron peor pronóstico.

696. ANALIZAR LA MORTALIDAD DE PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS CON ICTUS ISQUÉMICOS QUE PRECISAN INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Méndez-Benegassi Cid C, Azcariz Bertrán M J, Utrilla Cid N, Rodríguez Vásquez P E, Muñoz Bonet O, Catalán Muñoz V, González Gómez A, Martínez Sánchez P y Ramos Cuadra JA

Hospital Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar mortalidad y factores asociados a ella, en pacientes $<$ 65 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 2019. 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 152 pacientes con Ictus Isquémico, 46 de ellos < 65 años (30,3%) y 106 ≥ 65 años (69,7%). El 67,4% de los pacientes < 65 años eran hombres frente al 47,2% en ≥ 65 (p < 0,022; OR = 2,32, IC95% (1,12-4,78)). Los pacientes < 65 años eran más obesos (13% vs. 8,5%, N.S.) y fumadores (41,3% vs. 11,3%, N.S.). La puntuación de la escala NIHSS inicial en ambos grupos, no presentó diferencias significativas, con una media de 15,2 puntos (11-20) con una desviación estándar 6,2. La arteria ocluida predominante en ellos fue la ACM-izquierda (42,3%). Durante su estancia en UCI estos pacientes precisaron más ventilación mecánica (37% vs. 21,7%; p < 0,05; OR = 2,11, IC95% (1-4,5)). Siendo más frecuentes las complicaciones neurológicas (p < 0,045) en este grupo de pacientes: transformación hemorrágica (15,2% vs. 10,4%) e ictus maligno (17,4% vs. 6,6%). Los pacientes < 65 años son sometidos a mayor número de intervenciones neuroquirúrgicas (15,2% vs. 0,9%; p < 0,001; OR = 18,9, IC95% (2,25-166)). La estancia en UCI fue de 1 día de mediana (0-33), no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Fallecieron 25 pacientes (16,4%), teniendo mayor mortalidad los < 65 años (21,7%-14,2%, N.S.).

Conclusiones: Los pacientes < 65 años de sexo masculino tienen mayor mortalidad frente a los ≥ 65 años, presentando más complicaciones neurológicas, necesidad de ventilación mecánica y tratamiento neuroquirúrgico; a pesar de ser el ictus isquémico una patología más frecuente entre la población femenina de mayor edad.

697. ¿QUÉ FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA Y FUNCIONAL EN EL TCE?

Blanco López J, González Bautista L, Rodríguez Serrano A, Vega Ocaña P, Lorenzo Martín V, Carrillo García T, Padrón Espinosa P, López Lloret G, Armas K y Martín González JC

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Valorar los factores que influyen en la recuperación neurológica y funcional tras un traumatismo craneoencefálico (TCE).

Métodos: Pacientes ingresados con diagnóstico de TCE en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) de un Hospital Universitario de 3er nivel con Servicio de Neurocirugía. Estudio observacional retrospectivo durante un periodo de cinco años (2013 - 2018). Se realizaron dos grupos de estudios en función de la escala de "Glasgow Outcome Score extendida" (GOS-E) al alta del Hospital. Grupo Buena Recuperación: pacientes con

GOS al alta de 4 o 5. Grupo mala recuperación: pacientes con GOS al alta de 1, 2 o 3. Analizamos datos demográficos, tipo de accidente, CGS, pupilas y episodios de hipotensión inicial (en el lugar del accidente y/o al ingreso en hospital), presencia de otros traumas acompañantes, datos radiológicos y evolución de los mismos, medidas terapéuticas, de primer y de segundo nivel, instauradas y resultados. Los datos se recogieron de la hª clínica electrónica hospitalaria (DragoAE), de la UMI (CCM) y de los cuestionarios del Servicio de Emergencias (112) y del Servicio de Urgencias del Hospital (Código trauma). Las variables cuantitativas se describen como media ± DE y las categóricas, como n (%) Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y/o las pruebas t de Student y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 115 pacientes con el diagnóstico de TCE, con o sin politraumatismo acompañante, con una edad media de 50,88 ± 17,54 (13-81) siendo el 68% varones. La causa más frecuente del trauma fue el accidente de tráfico (37,4%). Los resultados de los datos clínicos, radiológicos y el tratamiento implementado se presentan en las tablas 1 y 2. En las tablas 3, 4 y 5 se presenta los resultados que relacionan el GOS al alta con el tipo de accidente y con la realización de craneotomía descompresiva. No existieron diferencias en el GOS si la CD se realizó de forma precoz o tardía.

Conclusiones: en nuestra serie los hallazgos radiológicos iniciales (edema cerebral y la desviación de línea media) y su evolución junto con la necesidad de hipotermia terapéutica y/o terapia osmolar activa fueron los que marcaron una mala recuperación funcional.

698. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON ICTUS ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Azcariz Bertrán M J, Méndez-Benegassi Cid C, Rodríguez Vázquez P E, Utrilla Cid N, Muñoz Bonet O, González Gómez A, Catalán Muñoz V, Martínez Sánchez P y Ramos Cuadra JA

Hospital Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de los pacientes con ictus isquémicos ingresados en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes ingresados con Ictus Isquémico en UCI. El periodo de estudio fue de 2017 a 2019. Las variables categóricas se expresan como porcentajes. Las cuantitati-

Figura 1 Póster 697

Tabla 1:	Buena Recuperación	Mala Recuperación	p
VARIABLES	N: 44	N: 59	
Edad	43 ± 16,3	57 ± 15,5	ns
Sexo (varón)	45 (66,2%)	28 (30%)	ns
GCS inicial	8,7 ± 4	7,2 ± 4,3	ns
Politrauma	33 (48,5)	10 (28,6%)	ns
TAS < 90 mmHg	13 (19,7%)	6 (17,1%)	ns
HTEC	34 (50,7%)	22 (62,9)	ns
TAC inicial (1ª): lesión			
Hematoma epidural	17 (25%)	7 (20%)	ns
Hematoma subdural	52 (76,5%)	23 (65,7%)	ns
Hemorragia subaracnoidea	41 (60,3%)	25 (71,4%)	ns
Contusión	41 (60,3%)	18 (51,4%)	ns
Lesión evacuable	29 (43,3%)	14 (40%)	ns
Edema cerebral	41 (60,3%)	28 (80%)	0,044 (IC95% 0,38; 0,14 - 0,99)
Desviación línea media (mm)	5,9 ± 4,5	8,9 ± 5,9	
Desviación de línea media	36 (52,9%)	26 (74,3%)	0,036 (IC95% 0,38; 0,15 - 0,95)
TAC posterior (2ª) igual o mejor	43 (63,2%)	13 (40,6%)	0,034 (IC95% 0,39; 0,16 - 0,94)

Tabla 2:	Buena Recuperación	Mala Recuperación	p
TRATAMIENTO	N: 44	N: 59	
Lesión evacuada	29 (43,3%)	14 (40%)	ns
Medidas 1º nivel			
Sedación	62 (91,2%)	32 (97%)	ns
Analgesia	68 (100%)	33 (100%)	ns
Relajación	46 (67,6%)	26 (78,8%)	ns
Hiperosmolar	26 (38,2%)	22 (66,7%)	0,007 (IC95% 0,31; 0,12 - 0,74)
Medidas 2º nivel			
C. Descompresiva	22 (32,4%)	14 (42,4%)	ns
Barbitúricos	6 (8,8%)	6 (18,12%)	ns
Hipotermia	19 (27,9%)	20 (60,6%)	0,002 (IC95% 0,25; 0,10 - 0,60)
RESULTADOS			
Días de ingreso UMI	20,9 ± 11,77	18,75 ± 9,05	0,05 (IC95% 2,1; -1,88 - 5,25)
Días de ingreso hospitalario	29,22 ± 4,4	77,55 ± 10,55	0,000 (IC95% 20; 4,43 - 44,6)
GCS al alta	14,8 ± 0,6	11 ± 3,9	0,000 (IC95% 3,8; 2,67 - 5,04)
Fallecidos	2 (2,9%)	27 (67%)	0,000 (IC95% 0,009; 0,002 - 0,045)

Figura 2 Póster 697

Tabla 3			Tabla 4			Tabla 5		
GOS extendido	Tipo de trauma	N (%)	Craniectomía Descompresiva			GOS al alta	N (%)	
Buena Recuperación	Tráfico	20 (45,4%)	GOS extendido	N (%)		Desconocido	17 (14,8%)	
	Atropello	6 (13,6%)		Buena	Si			11 (25%)
	Moto	6 (13,6%)	Recuperación	No	33 (75%)			2 (8,7%)
	Coche	8 (18,2%)		Total	44 (100%)			3 (24,09%)
	C. Accidental	10 (22,7%)	Mala Recuperación	Si	25 (42,4%)			4 (28,3%)
Precipitado	14 (31,8%)	No		32 (54,2%)	5 (17,14,8%)			
Total	44 (100%)	Total	57 (96,6%)	Total	115 (100%)			
Mala Recuperación	Tráfico	19 (32,2)				GOS extendido alta		N (%)
	Atropello	6 (10,2%)				Desconocido	17 (14,8%)	
	Moto	2 (3,4%)				Buena evolución	45 (38,3%)	
	Coche	11 (18,6%)				Mala evolución	53 (21,3%)	
	Laboral	1 (1,7%)				Total	115 (100%)	
		C. Accidental						
		Precipitado						
		Total						
		59 (%)						

vas se expresan en medias y desviación estándar o si no siguen distribución normal, en mediana y cuartiles.

Resultados: Durante el periodo ingresaron en UCI 152 pacientes con ictus isquémico, con edad de $69,8 \pm 12,7$ años (34-93). El 46,7% fueron mujeres. La distribución de sus comorbilidades fue: dislipemia 52,6%, HTA 65,1%, obesidad 9,9%, DM 27,6%, arritmias 25%, ictus previos 5,9%, neoplasias 12,5% y FA de novo 13,8%. Recibieron tratamiento previo: antiagregantes 27,6%, anticoagulantes orales 13,8% y ambos 0,7%. La mediana de NIHSS basal fue 16 (0-28) y a las 24 horas 11 (5-16). La mediana de puntuación de GCS inicial fue 13. El 73,7% presentaron alteración del lenguaje, la disartria la más predominante (38,2%), seguida de la afasia motora (19,1%); un 87,5% mostraron afectación motora, la hemiplejía fue la más frecuente (54,6%) y 19% alteración sensitiva. La arteria ocluida predominante fue la cerebral media (ACM 88,1%), más frecuente la ACM-izquierda (46,7%). La mediana de la puntuación ASPECTS fue 9. Recibieron tratamiento fibrinolítico 65,1%, trombectomía mecánica 85,5% y ambas 51,3%. La complicación más frecuente fue el ictus maligno 11,8%, seguido de transformación hemorrágica 9,9%. La gravedad expresada mediante APACHE-II fue 14 puntos (11-19). La estancia en UCI fue 1 día de mediana (1-2) y hospitalaria 8 (1-13). La mortalidad total fue del 16,4%. Estado funcional a los 3 meses medido mediante Escala Rankin Modificada (mRS) 4 (22,4%), con mejoría a los 6 meses: mRS 3 (22,4%).

Conclusiones: La HTA, dislipemia y DM son las comorbilidades más frecuentes en la población analizada. La localización arterial más frecuente fue la ACM. Se observa la persistencia de un NIHSS elevado a las 24 horas, a pesar de haber recibido tratamiento de reperfusión.

699. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESARROLLO DE ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA

Sánchez Ramírez C^(a), Lübbe Vázquez CF^(a), Vicente Arranz JL^(a), López Pérez J^(a), Vázquez Pineda C^(a), Garriga Segarra J^(a), Ríos Bort JM^(a), Padrón Mujica A^(a), Saavedra Santana P^(b) y Ruiz Santana S^(a)

^(a)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en Las Palmas de Gran Canaria. ^(b)Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar factores de riesgo desarrollo isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA), ingresados en una UCI neurotraumática.

Tabla 1. Características de los pacientes	Global N. 83	Isquemia cerebral tardía		P
		No N.59	Si N. 24	
Edad, años	57,7 ± 13,0	59,1 ± 13,3	54,5 ± 12,0	0.147
Edad > 55	45 (54.2)	35 (59.3)	10 (41.7)	0.143
Sexo femenino	55 (66.3)	38 (64.4)	17 (70.8)	0.575
Apache II en UCI	14,1 ± 7,5	12,9 ± 7,1	17,1 ± 8,0	0.021
SOFA en UCI	2 (0 - 4)	2 (0 - 4)	2 (1 - 6)	0.143
GCS in situ	15 (13 - 15)	15 (13 - 15)	15 (13 - 15)	0.537
GCS en la sala de emergencias	14 (10 - 15)	15 (12 - 15)	13 (9 - 15)	0.140
GCS en UCI	13 (4 - 15)	14 (4 - 15)	7 (3 - 14)	0.150
Ingreso en UCI por vasoespasmio	7 (8.6)	2 (3.5)	5 (20.8)	0.022
Muerte al alta de UCI	11 (13.4)	8 (13.8)	3 (12.5)	1
Muerte en el hospital	6 (7.4)	3 (5.3)	3 (12.5)	0.354
Medicamentos antivitaminas K	3 (3.7)	2 (3.5)	1 (4.2)	1
Diabetes	13 (15.8)	8 (13.8)	5 (20.8)	0.510
Dislipemia	29 (35.4)	19 (32.8)	10 (41.7)	0.443
Fumador	31 (37.8)	19 (32.8)	12 (50.0)	0.143
Alcohólico	8 (9.8)	6 (10.3)	2 (8.3)	1
Uso de Cocaína	4 (4.9)	2 (3.5)	2 (8.3)	0.577
Raza caucasiana	71 (96.0)	51 (98.1)	20 (90.9)	0.209
Cirugía previa	2 (2.4)	1 (1.7)	1 (4.2)	0.497
DDS	21 (28.0)	14 (25.9)	7 (33.3)	0.521
Orientado	46 (55.4)	38 (64.4)	8 (33.3)	0.010
Alerta	54 (65.1)	43 (72.9)	11 (45.8)	0.019
Confuso	13 (15.7)	8 (13.6)	5 (20.8)	0.507
Estuporoso	8 (9.9)	3 (5.2)	5 (21.7)	0.038
Midriasis Bilateral	3 (3.8)	2 (3.6)	1 (4.2)	1
Anisocoria pupilar	8 (10.0)	5 (8.9)	3 (12.5)	0.691
Pupilas ambas isocóricas	70 (87.5)	49 (87.5)	21 (87.5)	1
Una pupila reactiva	5 (6.2)	2 (3.6)	3 (12.5)	0.156
Ambas pupilas reactivas	66 (82.5)	47 (83.9)	19 (79.2)	0.749
Ninguna pupila reactiva	6 (10.0)	5 (11.6)	1 (5.9)	0.665
Aneurisma derecho	19 (24.1)	14 (25.0)	5 (21.7)	0.758
Aneurisma izquierdo	28 (35.4)	18 (32.1)	10 (43.5)	0.339
Aneurisma de la arteria comunicante anterior	26 (32.1)	18 (31.6)	8 (33.3)	0.877
Aneurisma de la arteria comunicante posterior	19 (24.1)	10 (17.9)	9 (39.1)	0.044
Aneurisma de la arteria cerebral anterior	6 (7.6)	4 (7.1)	2 (8.7)	1
Aneurisma de la arteria oftálmica	1 (1.3)	0	1 (4.3)	0.291
Aneurisma de la arteria Cerebral Media	7 (8.9)	6 (10.7)	1 (4.3)	0.667
Aneurisma de la arteria Cerebral Posterior	2 (2.5)	1 (1.8)	1 (4.3)	0.500
Aneurisma de la arteria Basilar	7 (8.9)	7 (12.5)	0	0.100
Aneurisma arteria cerebelosa posterior inferior	4 (5.1)	4 (7.1)	0	0.316
Aneurisma Carotideo	2 (2.5)	2 (3.6)	0	1
Aneurisma Múltiple	6 (7.6)	3 (5.4)	3 (13.0)	0.350

Métodos: Datos recogidos prospectivamente, desde octubre 2013 a diciembre 2017, en una UCI neurotraumática de 10 camas. Analizamos: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos (examen clínico, reactividad y tamaño pupilar, y Glasgow Coma Score (GCS)); localización y tamaño del aneurisma; presencia hematoma intracraneal (HIC); presencia y volumen hemorragia intraventricular; días para desarrollar vasoespasmio; desarrollo de ICT; escala de Fisher, Escala de Fisher modificada, escala de Hunt y Hess, escala de Word Federation of Neurosurgeons (WFNS); presencia de vasoespasmio en doppler y/o arteriografía; retraso en ingreso UCI; tratamiento del aneurisma; complicaciones; Escala de resultados de Glasgow (GOS) en la UCI, al alta y 6 meses tras alta de UCI y otros factores. Se realizó un estudio univariado y para identificar los factores que mantienen una asociación independiente con ICT, se realizó un análisis de regresión logística multivariante. Se consideró significativo: $p \leq 0,05$.

Resultados: Se recogieron 83 pacientes con HSA, y 24 (28,9%) desarrollaron ICT. Los datos demográficos y los tipos de admisión (tabla 1). Los aneurismas de la arteria comunicantes anterior (Aco) y posteriores (Pco) fueron los más frecuentes y la mayoría de ellos en el lado izquierdo. Las complicaciones más frecuentes fueron: hidrocefalia 36 (43,9%) y ventriculitis 9 (11,4%). La escala de Fisher fue de 3 en pacientes con HSA y en ICT, la escala de Fisher modificada fue de 4 para los pacientes de HSA y con ICT. La escala de Hunt y Hess fueron de 2 para los pacientes con HSA y con ICT. El GOS en UCI fue de 4 y, seis meses después de alta de la UCI, fue de 5 en pacientes con HSA. Los pacientes que desarrollaron ICT tuvieron GOS al alta de UCI de 4 y, asimismo, fue 4 seis meses después del alta de UCI. Once pacientes con HSA (13,4%) y 3 pacientes (12,5%) con ICT fallecieron. Estar orientado con OR, IC95% (IQR): 0,184 (0,058; 0,579) y aneurisma de la arteria Pco con OR, IC95% (IQR): 4,559 (1,314; 15,817) se asociaron de forma independiente con ICT (tabla 2).

Hipertermias previo CD	8 (29.6)	6 (31.6)	2 (25.0)	1
Hipertermias post CD	27 (96.4)	20 (100.0)	7 (87.5)	0.286
Terapia osmolar	26 (92.9)	19 (95.0)	7 (87.5)	0.497
Exitus UCI	3 (10.7)	-	3 (37.5)	-
Desplazamiento' línea media en ingreso	7.5 (2.8 - 10)	5 (0 - 8.2)	12 (9 - 16)	0.002
Desplazamiento de línea media previa CD	9 (4.8 - 11.4)	6 (3.8 - 10)	15.5 (11.9 - 18.2)	0.001
Desplazamiento de la línea media post CD	0 (0 - 2.0)	0 (0 - 0)	4.5 (1 - 7.2)	0.014
GOS al alta UCI	3 (2 - 3)	3 (3 - 3.2)	2 (1 - 3)	0.005
GOS 30 días tras alta UCI	3 (2.5 - 5)	4 (3 - 5)	2 (2 - 2)	0.004
Rankin alta UCI	5 (4 - 5)	4 (2 - 5)	5 (5 - 6)	0.001
Rankin 30 tras días alta UCI	3 (2 - 5)	2.5 (2 - 4)	5 (5 - 5)	0.005
Días estancia Hospital	68 (50 - 89)	68 (54 - 89)	69 (11 - 95)	0.703
Días estancia UCI	26 (18 - 35)	26 (22 - 34)	24 (10 - 42)	0.741
Días estancia Craneotomizado	67 (46 - 82)	67 (49 - 80)	68 (9 - 94)	0.819

CD:craniectomía descompresiva; IOT: intubación orotraqueal; HSA: Hemorragia subaracnoidea

Tabla 2. Análisis multivariado de mortalidad 6 meses tras el alta de UCI

	VIVOS N = 20	EXITUS N = 8	P	OR(95% IC)
Diabetes Mellitus	0	3 (42.9)	0.012	0
Hipertensión arterial	2 (10.0)	4 (57.1)	0.024	10.49 (1.37 - 111)
IOT previo Hospital	11 (55.0)	0 (0.0)	0.01	0 (0 - 0.60)
Ninguna pupila reactiva previa a CD	1 (5.0)	4 (50.0)	0.015	16.36 (1.66 - 483)
Ambas pupilas reactivas post CD	17 (85.0)	3 (37.5)	0.022	0.12 (0.02 - 0.87)

IOT: intubación orotraqueal

Conclusiones: Nuestros datos mostraron un 28,9% de los pacientes con ICT. GOS reflejó discapacidad moderada de los mismos tanto al alta de la UCI como a 6 meses tras ella. Estar orientado y el aneurisma Pco se asociaron, de forma independiente, con el desarrollo de ICT.

700. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DELIRIUM EN UNA UCI POLIVALENTE

Lobo Valbuena B^(a), López de la Oliva L^(a), Molina Lobo R^(a), Abella Álvarez A^(a), García Manzanedo S^(a), Torrejón Pérez I^(a), Varillas Delgado D^(b) y Gordo Vidal F^(a). Grupo de investigación: UCI Hospital Universitario del Henares

^(a)Hospital Universitario del Henares en Coslada, Madrid. ^(b)Universidad Francisco de Vitoria en Majadahonda, Madrid.

Objetivos: Análisis de factores de riesgo relacionados con el desarrollo de delirium en una UCI polivalente.

Métodos: Estudio observacional prospectivo sobre una cohorte de pacientes ingresados en UCI. Se incluyeron pacientes ingresados del 1/10/2016 al 1/05/2019; se excluyeron aquellos que precisaron traslado a otro centro. Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos, según si desarrollaron o no delirium, y se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, índice de fragilidad, motivo de ingreso, comorbilidades, SAPS 3, SOFA, medidas específicas de manejo y desarrollo de fracaso/s orgánico/s (FO). Se procedió al análisis estadístico entre subgrupos: test de chi-cuadrado de Pearson o U de Mann-Whitney para encontrar diferencias significativas, y análisis de regresión logística uni y multivariados, cuantificando asociaciones existentes.

Resultados: En el periodo de tiempo indicado ingresaron 1.534 pacientes, 72 excluidos. 93 desarrollaron delirium (incidencia 6,3%). Tras obtener los datos iniciales, realizamos un análisis multivariable (tabla) incluyendo variables significativas del análisis univariable (con $p < 0,1$), y, por último, particiones recursivas mediante árbol Chaid, observando (a) una mayor incidencia de delirium en pacientes que presentaron más de 2 FO (20,4%) y, (b) en pacientes sin más de 2 FO, mayor incidencia en mayores de 74 años (8,6%). Los pacientes que desarrollaron delirium presentaron estancia hospitalaria mayor y mayor tasa de reingreso, sin llegar a encontrar diferencias en la mortalidad.

Variable	OR (IC95%)
Edad (> 74)	2,1 (1,3-3,5)
Coma al ingreso	2,5 (1,07-5,8)
> 2 FO	4,9 (2,9-8,2)
VM invasiva	1,9 (1,1-3,3)
Aislamiento confirmado	2,4 (1,2-4,6)
Relajación muscular continua	7,2 (2-26,3)

Conclusiones: El mayor riesgo observado para desarrollar delirium se concentra en los pacientes que presentaron más de 2 FO y en los pacientes mayores de 74 años. La detección de pacientes con alto riesgo para desarrollo de delirium podría implicar un cambio en el manejo, y una mejora en la calidad de la atención.

701. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE REALIZA CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA PARA CONTROL DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL GRAVE ENTRE LOS AÑOS 2015-2018 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)

Rivas Gómez-plana F, Jiménez Conde C, Morales Navarrete M, Oliva Fernández P, Cabeza Cabeza F y Márquez Fernández M

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

Objetivos: Valorar resultados del tratamiento que realizamos en pacientes con patología neuroquirúrgica subsidiaria de craniectomía descompresiva para tratamiento de hipertensión intracraneal (HTiC) grave en patología neurocrítica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que analizamos los resultados de los pacientes que se realizaron craniectomía descompresiva para control de la HTiC durante los años 2015-2018 en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Es un hospital general de segundo nivel y 617 camas. La UCI cuenta con 10 camas polivalentes, 6 coronarias y 9 de cuidados Intermedios. Contamos con Neurología y Neurocirugía presencial 24h. La variable primaria es el destino al año: exitus, limitación del esfuerzo terapéutico, vivo dependiente (GOS < 3 o Barthel < 60) y vivo independiente. Como variables secundarias: sexo, edad, causa HTiC, tabaquismo, HTA, DM y enfermedad cardiovascular previa. Utilizaremos para la recogida y análisis de los datos el programa SPSS.

Resultados: De los 63 casos al año del evento el 30,2% sobrevivieron sin secuelas graves siendo independientes; el 28,6% sobrevivieron con

secuelas graves siendo dependientes; el 38,1% de los pacientes fueron exitus y 3,2% fueron exitus tras LET. Respecto a las variables secundarias, el 76,2% fueron varones y 23,8% mujeres; la causa más frecuente de HTiC fue AVC hemorrágico (57,1%), seguido de TCE grave (39,7%) y el AVC isquémico maligno de ACM (3,2%). Del resto de variables analizadas, la única que mostró correlación estadísticamente significativa con pronóstico favorable fue edad. Así, en los pacientes < 65 años el pronóstico fue favorable en el 40% y en los > 65 de solo el 13% (χ^2 0,01).

Conclusiones: Nuestro centro es referencia de la provincia en cuanto a la patología neuroquirúrgica, pero contamos con un centro especializado a una hora de distancia que recibe un volumen de pacientes neurocríticos significativamente mayor. A pesar de esto, concluimos que nuestros resultados coinciden con los descritos en bibliografía reciente. Consideramos que la edad es factor determinante para la decisión de la realización de tratamiento quirúrgico mediante craneotomía descompresiva.

702. MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES DE UCI CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO QUE PRECISAN VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

Arias Verdú MD^(a), Aranda Martínez C^(b), Aguilar Alonso E^(c), Delange Van Der Kroff M^(d), Molina de la Torre MC^(b), Curiel Balsara E^(a), Muñoz López A^(a), Fernández Ortega JF^(a), Quesada García G^(a) y Prieto Palomino MA^(a)

^(a)Hospital Carlos Haya en Málaga. ^(b)Hospital Universitario Jaén en Jaén. ^(c)Hospital Infanta Margarita en Cabra. ^(d)Hospital Axarquía en Vélez-Málaga.

Objetivos: La ventilación mecánica prolongada se considera un marcador de mala evolución de los pacientes de UCI a largo plazo. En un reciente metanálisis publicado (Lancet Respir Med. 2015;3:544-53), la mortalidad al alta del hospital fue del 29% (26-32%) y al año la mortalidad fue del 59% (56-62%) y tan solo 50% (47-53%) fueron liberados de ventilación mecánica. Nosotros creemos que los pacientes ingresados en UCI con traumatismo craneoencefálico presentan un comportamiento diferente y que en ellos, la necesidad de ventilación mecánica prolongada se acompaña de mejores resultados que en otros grupos de pacientes. El objetivo del presente trabajo es evaluar la mortalidad y situación funcional a largo plazo de los pacientes con Traumatismo craneoencefálico ingresados en UCI.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de pacientes con TCE ingresados en el Hospital Carlos Haya (Málaga), entre 2004-2008.

Resultados: Ingresaron 531 pacientes con TCE, mediana (cuartil 1, cuartil 3) de edad fue de 35 (22-56) años, 17 (13-23) puntos de APACHE II, 7 (4-10) puntos en la Escala de Coma de Glasgow, y la mortalidad hospitalaria fue del 28,6% y al año 32,2%. 90 enfermos precisaron ventilación mecánica prolongada definida como ≥ 14 días. La mediana (cuartil 1, cuartil 3) de edad fue de 29 (21-50) años, 18 (14-21) puntos de APACHE II, 6 (4-7) puntos en la Escala de Coma de Glasgow. La mortalidad hospitalaria fue del 10%, y al año la mortalidad solo era del 13,3% y el 83,3% están vivos (*missing* 3,3%). A los 3-4 años, se siguieron a 74 pacientes (*missing* 17,8%), el 68,9% (83,8%) de los seguidos estaban vivos. La mortalidad fue del 13,3% (16,2% de los seguidos), Y de los 74 pacientes seguidos a los 3-4 años, el 28,4% presentaron situación funcional normal, el 27% presentaron disfunción pero eran autosuficientes, el 23% no eran autosuficientes y el 5,4% estaban en situación vegetativo.

Conclusiones: Los pacientes de UCI con TCE que precisaron ventilación mecánica prolongada presentaron una mortalidad a largo plazo escasa y que es muy inferior a la descrita en los pacientes de UCI que precisaron ventilación mecánica prolongada. Más del 80% están vivos al año y a los 3-4 años aunque una cuarta parte de ellos presentan afectación importante de su situación funcional.

703. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CON INGRESO EN UCI

Navarro Cruz A, Martín Santaella AV, Giudetti G, González Soto S, Luna Castro J y Arias Verdú MD

Hospital Regional Universitario Carlos Haya en Málaga.

Objetivos: Definir características epidemiológicas de pacientes con Ictus isquémico ingresados en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos con ictus isquémico ingresados en UCI de Hospital de 3º nivel durante 2017-

2019. Descripción de resultados mediante media \pm DE, mediana o % y test no paramétricos.

Resultados: N = 105 pacientes. Hombres 56,19%, edad media 66 \pm 12. Solo 24% tenían antecedentes de FA y menos del 26% tomaban AAS. NIHSS al ingreso 16,2 \pm 5, ASPECT: 8 \pm 1, y Glasgow: 8 \pm 3. La arteria más afectada fue la ACI derecha, seguida de ACM derecha, la que menos la basilar. Complicaciones neurológicas más frecuentes: infarto maligno con necesidad de craneotomía descompresiva (CD) y transformación hemorrágica. Nuestros pacientes proceden de 5 hospitales más, además del nuestro (somos centro de referencia), así que los tiempos del proceso están en el límite alto recomendado. En un 89% se hizo tromboectomía y en un 27% fibrinólisis + tromboectomía. Estancia media en UCI fue de 6 \pm 7 días y hospitalaria de 29 días. Mortalidad en UCI: 23%, y hospitalaria 36%. El único factor relacionado con la mortalidad por análisis univariante fue la ventilación mecánica al ingreso ($\chi^2 = 11,61$, $p < 0,0001$). La dificultad para extubar a los pacientes en Sala de Radiología fue la primera causa de petición de ingreso en UCI. No encontramos relación significativa ni con la edad, NIHSS, ASPECT ni con las complicaciones neurológicas.

Conclusiones: El ACV isquémico es una patología invalidante y con mortalidad considerable. Las complicaciones neurológicas más frecuentes son infarto maligno con necesidad de CD y la transformación hemorrágica. El único factor relacionado con la mortalidad fue la ventilación mecánica. Los tiempos de atención son largos porque somos centro de referencia y más de la mitad de los pacientes proceden de otros hospitales.

704. DIFERENCIAS EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE (TCE) SEGÚN EL TIPO DE ACCIDENTE

González Bautista L, Blanco López J, Vega Ocaña P, Rodríguez Serrano A, Lorenzo Martín V, Carrillo García T, Padrón Espinosa P, López Lloret G, Armas K y Martín González JC

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Valorar las diferencias según el tipo de accidente en los traumatismos craneoencefálicos (TCE) y si afectan a la gravedad del mismo y a la recuperación neurológica y funcional del paciente.

Métodos: Pacientes ingresados con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) de un hospital universitario de 3º nivel con Servicio de Neurocirugía. Tipo de estudio: observacional retrospectivo durante un periodo de cinco años (2013-2018). Se realizaron dos grupos de estudios en función del tipo de accidente: accidente de tráfico u otros tipos de accidente (no tráfico). Grupo Accidente de tráfico: incluye accidentes por atropello, coche y moto. Grupo Otros accidentes: incluye caída accidental, precipitados, accidentes laborales, otros. Se analizaron datos demográficos, tipo de accidente, CGS, pupilas y episodios de hipotensión inicial (en el lugar de accidente y/o al ingreso en hospital), presencia de otros traumas acompañantes, datos radiológicos y evolución de los mismos, medidas terapéuticas y resultados. Los datos se recogieron de la hª clínica electrónica hospitalaria (DragoAE), de la UMI (CCM) y de los cuestionarios del Servicio de Emergencias (112) y del Servicio de Urgencias del Hospital (Código trauma). Las variables cuantitativas se describen como media \pm DE y las categóricas, como n (%). Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y/o las pruebas t de Student y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 115 pacientes con el diagnóstico de TCE, con o sin politraumatismo acompañante, con una edad media de 50,88 \pm 17,54 (13-81) siendo el 68% varones. Los datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos se presentan en la tabla 1. Los pacientes con accidentes de tráfico son más jóvenes, presentan un CGS inicial peor y con mayor frecuencia sufren politraumatismo. El tipo de accidente y los traumas acompañantes se presentan en las tablas 2 y 3. El tratamiento instaurado y los resultados obtenidos se presentan en las tablas 4 y 5. No existió diferencias en el tratamiento, ni en el CGS al alta y la recuperación neurológica fue mejor en los accidentes de tráfico.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con accidente de tráfico son más jóvenes, presentan mayor gravedad inicial y lesiones acompañantes (politraumatismo), pero sin embargo, tiene a una mejor recuperación al alta.

Figura 1 Póster 704

Diferencias en el TCE grave según el tipo de accidente

Tabla 1: VARIABLES	Acc de tráfico N: 43	Otro tipo Accidente N: 72	p (IC95%)
Edad	44,47 ± 16,86	54,71 ± 16,91	0,002 (10,24; 3,79-16,69)
Sexo (varón)	34 (79,1%)	46 (63,9%)	ns
GCS inicial	6,74 ± 3,92	8,74 ± 4,233	0,015 (2; 0,42-3,6)
Pupilas normales	28 (65,1%)	48 (66,7%)	ns
TAS < 90 mmHg	10 (24,4%)	15 (20,81%)	ns
Politrauma	35 (81,4%)	17 (23,6%)	0,000 (14,15;5,52-36,27)
HTEC	27 (64,3%)	36 (50)	ns
TAC inicial (1º): lesión			
Hematoma epidural	11 (25,6%)	15 (20,8%)	ns
Hematoma subdural	28 (65,1%)	47 (65,3%)	ns
HSA traumática	26 (60,5%)	47 (65,3%)	ns
Contusión	27 (62,8%)	41 (56,9%)	ns
Lesión evacuable	15 (34,9%)	33 (46,5%)	ns
Edema cerebral	26 (60%)	53 (73,6%)	ns
Desv. línea media (mm)	6,43 ± 5,56	8,52 ± 5,99	ns
Desv. de línea media	20 (46,5%)	47 (65,3%)	0,048 (0,4;0,21-1)
TAC posterior (2º) empeoramiento			
	18 (41,9%)	34 (49,3%)	ns

Tabla 2 TIPO DE ACCIDENTE	
TRAFICO	43 (37,4%)
Atropello	13 (11,3%)
Moto	9 (7,8%)
Coche	21 (18,3%)
OTROS ACCIDENTES	72 (62,6%)
Laboral	1 (0,9%)
C. Accidental	33 (28,7%)
Precipitado	38 (33%)
Total	115 (100%)

Tabla 3	Acc Tráfico	Otros Accid.
Politrauma	35 (81,4%)	17 (23%)
Maxilofacial	15 (34,9%)	13 (18,1%)
Cervical	4 (9,3%)	3 (4,2%)
Tórax	28 (65,1%)	10 (13,9%)
Abdomen	7 (16,3%)	4 (5,6%)
Pelvis	10 (23,3%)	4 (5,6%)
Extremidades	15 (34,9%)	6 (8,3%)

Figura 2 Póster 704

Diferencias en el TCE grave según el tipo de accidente

Tabla 4:	Acc de tráfico N: 43	Otro tipo accidente N: 72	p (IC95%)
TRATAMIENTO			
Lesión evacuada	15 (34,9%)	33 (46,5%)	ns
Medidas 1º nivel			
Sedación	43 (100%)	63 (90%)	ns
Analgesia	43 (100%)	69 (98,6%)	ns
Relajación	33 (76,7%)	47(67,1%)	ns
Tto Osmolar	21 (48,8%)	33 (47,1%)	ns
Medidas 2º nivel			
C. Descompresiva	12 (27,9%)	28 (40%)	ns
Barbitúricos	3 (7%)	9 (12,9%)	ns
Hipotermia	19 (27,9%)	20 (60,6%)	ns
RESULTADOS			
Días de ingreso UMI	22,14 ± 11,69	19,33 ± 10,45	ns
Días Ingreso hospitalario	64,582 ± 66,85	52,18 ± 54,45	ns
GCS al alta	13,87 ± 2,59	12,44 ± 3,70	0,001 (0,42;0,05-2,81)
Fallecidos	8 (18,6%)	21 (29,6%)	ns
Buena recuperación (GOSe) al Alta	32 (74,4%)	43 (59,7%)	ns

Tabla 5	ACC. TRAFICO	OTROS ACC.
GOS al alta		
Desconocido	6 (14%)	11 (15,3%)
1 Fallecidos	6(14%)	13 (18,1%)
2 No consciente	2 (4,7%)	8 (11,1%)
3 Deficit severo, depende para ABVD	9 (20,9%)	15 (20,8%)
4 Deficit moderado. Independiente	14 (32,6%)	14 (19,4%)
5 Buena recuperación. Vida normal	6 (14)	11 (15,3%)
Total	43(100%)	72 (100%)
GOS extendido alta		
Desconocido	6 (14%)	11 (15,3%)
Buena evolución	26 (60,46%)	21 (29,1%)
Mala evolución	11 (25,54%)	40 (55,6%)
Total	43 (100%)	72 (100%)

705. DESCARGAS EPILEPTIFORMES: CORRELACIÓN DEL MONITOR DE BIS BILATERAL CON EL ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL

Fransi Portela I, Esteban Molina A, Díez Urdiales E, Monge Sola L, Peiro Chamorro M, Sampedro Martín I, Martín Sánchez L, Huguet Embún L, Dopico Cervera JC y González Almárcegui I

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Introducción: Se ha estudiado la posible utilidad del monitor de BIS (*bispectral index signal*) bilateral cuando no está disponible la monitorización continua del electroencefalograma (EEG), aunque no se conoce su sensibilidad ni especificidad.

Objetivos: Comparar los hallazgos del monitor de BIS bilateral con el EEG convencional.

Métodos: Tipo de estudio: Prospectivo de cohorte. Población: Pacientes críticos adultos con sospecha o riesgo de desarrollar crisis epilépticas. Monitor BIS VISTA™ de *Aspect Medical Systems, Inc.*

Resultados: Muestra (n = 22): edad media 62,14 ± 12,18 años, mujeres 36,36% y varones 63,64%, APACHE II media 20,05 ± 5,42. Indicación de monitorización del EEG: infección del sistema nervioso central 6, coma 3, traumatismo craneoencefálico 3, lesión cerebral posanóxica 3, hemorragia cerebral parenquimatosa 2, hemorragia subaracnoidea 1, ictus 1, sepsis 1, status epiléptico 1, neurocirugía 1. Ninguno con de epilepsia. Prevalencia de descargas epiléptiformes: 40,91% (IC95%: 21,48-63,32%). Dentro de los 9 casos con descargas epiléptiformes se detectaron todos los que presentaban status epiléptico (4 casos); no se detectó 1 caso con descargas aisladas; se interpretó como descargas aisladas 1 caso que no se confirmó en el EEG convencional. Diagnosticados correctamente: 90,91% (IC95%: 69,38-98,41%); sensibilidad: 88,89% (IC95%: 50,67-99,42%); especificidad: 92,31% (IC95%: 62,09-99,60%); valor predictivo positivo: 88,89% (IC95%: 50,67-99,42%); valor predictivo negativo: 92,31% (IC95%: 62,09-99,60%). Todos los casos con descargas epiléptiformes presentaron una potencia alta o moderada/alta en la matriz de densidad espectral (CDSA) del BIS; ningún caso con potencia moderada o baja presentó descargas epiléptiformes. El valor medio de la frecuencia del borde espectral (SEF) en los casos con descargas epiléptiformes fue 9,78 ± 1,99 Hz y en los casos sin descargas 13,50 ± 6,29 Hz.

Conclusiones: En ausencia de monitorización continua mediante EEG convencional, el monitor de BIS bilateral podría ser útil para la detección y tratamiento precoces del status epiléptico y para descartar descargas epiléptiformes.

706. ANÁLISIS DEL MANEJO ANTIEPILEPTICO DEL ESTATUS EPILEPTICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Portillo Sánchez S, Trigueros Genao M, Lázaro González J, Muñoz Molina B, San Barón M, Patiño Haro P, Sánchez Galindo M, Platas Gil E y Canabal Bertanga A

Hospital Universitario La Princesa en Madrid.

Objetivos: Evaluar el manejo del estatus epiléptico en la UCI y su resultado según tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal de estatus epiléptico en UCI desde 2015 hasta 2019. Se recogieron pruebas complementarias, tratamientos y evolución. Se analizaron estadísticos descriptivos, utilizando chi-cuadrado de Pearson, estadístico exacto de Fisher. Nivel de significación p < 0,05.

Resultados: Se ha analizado una serie de casos de 129 pacientes diagnosticados de estatus epiléptico (EE). De ellos, 70 (54,26%) presentaron estatus epiléptico convulsivo (EEC) y 63 (48,83%) estatus epiléptico no convulsivo (EENC). En el 64,3% del total, el primer antiepileptico usado fue el levetiracetam. La fenitoína fue el primero en un 11,6% y el segundo en un 39,5%. Analizando los grupos, el levetiracetam fue el primero utilizado en el 80% en EEC y en el 47,6% en EENC. En 105 (81,39%) pacientes se controló el EE. En la mayoría se había utilizado fenitoína como primero (n = 15 (14,3%), p < 0,001). En el 100% de los pacientes en los que se había utilizado la fenitoína como primero se controló el estatus. Sin embargo, fue el primer fármaco únicamente en el 1,4% del global de los pacientes con EEC y el 22,2% de los EENC. En los pacientes con EEC la necesidad de utilizar más de dos fármacos fue de un 44,3%, en EENC aumenta hasta un 77,8%. En ellos, además se han utilizado más de tres hasta en un 57,1%. 65 (50,38%) pacientes estuvieron monitorizados con electroencefalograma continuo. El 84,6% estuvieron en trata-

miento con más de dos fármacos para el control de la epilepsia y aún 64,6% con más de tres. Hubo 74 (57,36%) pacientes que presentaron crisis parciales, necesitando más de dos fármacos el 67,6% de ellos.

Conclusiones: En nuestra muestra, el fármaco más utilizado es el levetiracetam, seguido de la fenitoína. La fenitoína es el único que consigue con una diferencia estadísticamente significativa en el control del EEG. Gran cantidad de pacientes precisa de más de dos y tres fármacos. La monitorización continua permitió diagnosticar y evaluar la gravedad, pudiendo ajustar la actitud terapéutica.

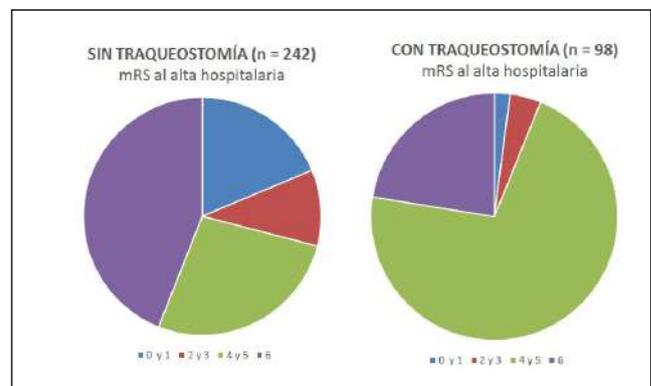
707. EVALUACIÓN DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN LOS DESENLACES DE LOS PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Jaramillo Sotomayor CE, Gonçalves G, Jiménez J, Gómez Mediavilla K y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe en Getafe-Madrid.

Objetivos: Analizar el efecto de la realización de la traqueostomía en los desenlaces clínicos de los pacientes con patología estructural neurológica.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluye todos los pacientes neurocríticos admitidos de forma consecutiva en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de Noviembre de 2012 hasta el 1 de Noviembre de 2019.



Características basales de los pacientes neurocríticos con ventilación mecánica (n = 340)			
	Sin traqueostomía n = 242 (71%)	Con traqueostomía n = 98 (29%)	p
Patología neurológica:			
•HIC, n (%)	117 (48)	53 (54)	
•TCE, n (%)	77 (32)	26 (26,5)	
•HSA, n (%)	34 (14)	13 (13)	
•Ictus isquémico, n (%)	14 (6)	6 (6)	
Edad, media ± DS	64 ± 15	65 ± 14	0,315
Sexo, masculino, n (%)	149 (62)	69 (70)	0,125
SAPS II, media ± DS	44 ± 15	44,5 ± 14	0,962
• ≥ 50, n (%)	• 100 (41)	• 36 (37)	
• < 50, n (%)	• 142 (59)	• 62 (63)	
GCS al ingreso, media ± DS	8 ± 4	8 ± 4	0,747
• ≤ 8, n (%)	• 137 (57)	• 55 (56)	
• > 8, n (%)	• 105 (43)	• 43 (44)	
Hipertensión intracraneal, n (%)	120 (50)	44 (45)	0,435

Resultados: Se incluyeron un total de 532 pacientes, con una media de edad de 63 ± 15 años siendo la mayoría de ellos varones (62%) con una puntuación media de SAPS II de 39,7 puntos y con un GCS < 8 puntos al ingreso de 36%, requiriendo IOT un 64% de los pacientes. La patología intracraneal más frecuente fue la hemorragia intracraneal (47%) seguida del traumatismo craneoencefálico (30%). La incidencia de realización de traqueostomía fue del 18%. Se observó que los pacientes conectados a ventilación mecánica y que acababan requiriendo traqueostomía tenían peores resultados funcionales comparados con aquellos pacientes que no requirieron de traqueostomía (mRS de 4-5 puntos de 71% y 27% respectivamente) además de mayor duración de ventilación mecánica, estancia en UCI y estancia hospitalaria (19 días, 28 días y 42 días respec-

tivamente). Si bien, la gravedad al momento de ingreso de los pacientes que requirieron ventilación mecánica fue similar (SAPS II 44 puntos), se observó mayor mortalidad en los pacientes sin traqueotomía (44% vs. 22% en los traqueostomizados).

Conclusiones: Los pacientes neurocríticos que requirieron ventilación mecánica y que fueron traqueostomizados presentaron peores resultados funcionales, mayor duración de ventilación mecánica al igual que estancias prolongadas en UCI y en planta de hospitalización convencional. Si bien, la gravedad al momento de ingreso fue similar en los pacientes conectados a ventilación mecánica, se observó menor mortalidad en los pacientes traqueostomizados.

708. COMPLICACIONES DEL ACV HEMORRÁGICO QUE REQUIERE INGRESO EN UCI

Macías Guarasa I, Seller Pérez G, Arias Verdu D, Galeas López JL, Quesada García G y Herrera Seller ME

Hospital Regional Universitario de Málaga en Málaga.

Objetivos: Describir las complicaciones que presentan los pacientes con ACV hemorrágico que requieren ingreso en UCI.

Métodos: Análisis de un registro prospectivo aplicado a todos los pacientes que ingresan en nuestra Unidad con el diagnóstico de ACV hemorrágico. Centro de tercer nivel, de referencia para patología neuroquirúrgica en la provincia de Málaga. Se analiza el periodo 2018-19. Los datos se muestran como media (desviación estándar) o %. Los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad firmaron su consentimiento a que los datos fueran incorporados al registro.

Resultados: Se analizan 91 pacientes, 58,2% hombres. El 47,8% presentaban HTA como antecedente, 15,4% tenían anticoagulación sistémica y 18,7% tratamiento antiagregante previo. Se detectó una MAV en 14,3% como origen del sangrado. Al ingreso presentaban un GCS 3-4 el 26,4% y el 30,8% 5-8. El SOFA al ingreso fue de $5,1 \pm 2,6$. En 86,8% se empleó VMI y en 5,5% VMNI, realizando traqueotomía en 23,6%. El 51,7% de los pacientes requirieron algún tipo de soporte nutricional. El 28,6% presentaban hidrocefalia y en 26,4% se insertó un DVE. Se detectó edema cerebral radiológico en 35,2%; en 34,1% se realizó una intervención evacuadora/craneotomía descompresiva. En 62,6% se administró tratamiento anticonvulsivante y tan solo en 8,8% se evidenciaron convulsiones. Se realizó exploración con EEG en 56%. El 61,5% presentaron HTA grave de difícil control, requiriendo más de dos hipotensores para su control. El 27,5% de los pacientes sufrieron algún tipo de complicación infecciosa: 13,2% traqueobronquitis, 8,8 NAVM, 4,4 ITU, 1,1 bacteriemia asociada a catéter y 2,2% meningitis. La estancia media fue de $8,9 \pm 11$ días. El 45,1% fallecieron en el ingreso y se diagnosticó ME en 25,3%. A 20,9% se les consideró candidatos a donación, aceptada en el 96,6%. De los 50 supervivientes, 45 (90%) presentaban un GCS > 8 al alta de la Unidad.

Conclusiones: Los pacientes con ACV hemorrágico subsidiario de ingreso en UCI presentan con frecuencia hipertensión previa y el control de esta variable es uno de los problemas más frecuentes en su manejo. Prácticamente todos los pacientes son subsidiarios del uso de VM y uno de cada cuatro requiere traqueotomía y/o presenta un problema infeccioso respiratorio durante su estancia.

709. VARIABLES RELACIONADAS CON EL PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES CON ACV HEMORRÁGICO QUE REQUIERE INGRESO EN UCI

Seller Pérez G, Macías Guarasa I, Arias Verdú D, Fernández Ortega JF, Quesada García G y Herrera Gutiérrez ME

Hospital Regional Universitario de Málaga en Málaga.

Objetivos: Describir las variables que se relacionan con un peor pronóstico en los pacientes con ACV hemorrágico que requieren ingreso en UCI.

Métodos: Análisis de un registro prospectivo aplicado a todos los pacientes que ingresan en nuestra Unidad con el diagnóstico de ACV hemorrágico. Centro de tercer nivel, de referencia para patología neuroquirúrgica en la provincia de Málaga. Se analiza el periodo 2018-19. Los datos se muestran como media (desviación estándar) o %. Se realizó un análisis univariante mediante test no paramétricos y aquellas variables relacionadas con la mortalidad con una $p > 0,1$ se incluyeron en un análisis de regresión logística multivariante mediante paso atrás, con mor-

talidad en UCI y GCS ≤ 8 al alta como variables dependientes. Los resultados se expresan con OR (IC95%). Los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad firmaron su consentimiento a que los datos fueran incorporados al registro.

Resultados: Se analizan 91 pacientes. Para la mortalidad intra-UCI, en el análisis univariante un peor GCS ($6,7 \pm 3,2$ exitus vs. $9,3 \pm 3,9$, $p = 0,02$) y SOFA al ingreso ($5,9 \pm 1,8$ exitus vs. $4,4 \pm 2,3$, $p = 0,07$) y necesidad de VM (51,9% vs. 0%, $p = 0,01$) se relacionaron con la mortalidad, en tanto que la presencia de MAV (mortalidad 7,7% vs. 51,3%, $p = 0,005$), la cirugía evacuadora/descompresiva (22,6% vs. 56,7%, $p = 0,002$), el uso de anti-convulsivantes (35,1% vs. 61,8%, $p = 0,02$), la realización de traqueotomía (19% vs. 52,9%, $p = 0,01$), se relacionaron con mayor supervivencia. En el análisis multivariante, incluyendo los 91 casos, y con una clasificación correcta (Hosmer-Lemeshow 0,84) tan solo la cirugía (OR 0,15, IC95% 0,44-0,54) y la traqueotomía (OR 0,06, IC 0,01-0,29) mantenían su relación positiva con la supervivencia y solo el SOFA (OR 1,37, IC 1,01-1,9) fue predictor de mortalidad. Para el análisis del resultado funcional se evaluaron los 50 pacientes supervivientes y para estos solo la estancia en UCI ($10,2 \pm 8,5$ días en pacientes con GCS > 8 al alta vs. $33 \pm 25,6$, $p = 0,01$), la traqueotomía (GCS ≤ 8 en 23,5% de pacientes con ella vs. 3%, $p = 0,04$) y la cirugía (GCS ≤ 8 en 0% en operados vs. 19,2%, $p = 0,05$) mostraron relación en el análisis univariante y ninguna de ellas fue significativa en el análisis de regresión.

Conclusiones: El nivel de SOFA al ingreso se relacionó con la mortalidad en nuestros pacientes. La realización de cirugía evacuadora/descompresiva se relacionó con menor mortalidad en nuestra serie, aunque no tuvo una influencia clara sobre el nivel de recuperación neurológica.

710. ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA CON EXPRESIÓN RADIOLÓGICA EN LA HSA: FACTORES ASOCIADOS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO DURANTE UN PERIODO DE 13 AÑOS

Buj Vicente M, Sánchez Carretero MJ, Sánchez Casado M, Morán Gallego FJ, Vecino Montoya M, García Ortiz MC y Marina Martín L

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Evaluar los pacientes de UCI ingresados por HSA, centrándonos en las diferencias entre los que presentan isquemia cerebral tardía con expresión radiológica y los que no.

Métodos: Estudiamos a los pacientes ingresados por HSA en la UCI del Hospital Virgen de la Salud, Toledo, durante el periodo 2006-2018. Se comparan los pacientes con lesión en TC con isquemia cerebral tardía (ICTTC) con los que no. Se considera significativo $p < 0,005$.

Resultados: Se incluyen 519 pacientes, 21 con ICTTC (4,1%) y de estos el 66,7% en 2006-2012 y el 33,3% en el 2013-2018 ($p = 0,012$). Si comparamos los pacientes con vs. sin ICTTC observamos que ocurre más en mujeres (85,7% vs. 55,5%; $p = 0,006$), en la menopausia (0% vs. 20,5%; $p = 0,021$), con cefaleas frecuentes (14,3% vs. 4,7%; $p = 0,049$) y con clopidogrel (9,5% vs. 0,8%; $p < 0,001$). Presentan más Hunt-Hess III-V (57,1% vs. 43,3%; $p = 0,024$) y mayor Claassen ($3,6 \pm 0,9$ vs. $2,83 \pm 1,19$; $p = 0,031$). Con más frecuencia presentan un GCS < 9 al ingreso (38,3% vs. 29,9%; $p = 0,038$), menor estabilidad hemodinámica en las primeras 6 h (57,1% vs. 27,8%; $p = 0,004$), y menor pCO₂ en las primeras 24 h ($33,9 \pm 7,6$ vs. $37,9 \pm 8,7$; $p = 0,041$), más uso de noradrenalina (52,4% vs. 27,6%; $p = 0,014$), más uso de labetalol (33,3% vs. 4,7%; $p < 0,001$), más días con nimodipino intravenoso ($10,4 \pm 7,1$ vs. $3,95 \pm 6,4$ días; $p < 0,001$) y menos oral ($11,8 \pm 5,5$ vs. $19,14 \pm 10,3$ días; $p = 0,026$). En el TC tienen menor grosor máximo de hematoma intraparenquimatoso ($18,3 \pm 6,2$ vs. $36,8 \pm 20,3$; $p = 0,018$) y de hemorragia perimesencefálica (38,1% vs. 70,9%; $p < 0,001$). Más duración de ventilación mecánica ($16,3 \pm 16,7$ vs. $6,9 \pm 11,9$ días; $p = 0,001$) y mayor estancia ($38,7 \pm 35,2$ vs. $13,9 \pm 16,2$ días; $p < 0,001$). Presentan más vasoespasmio angiográfico (33,3% vs. 4,3%; $p < 0,001$), sonográfico (42,9% vs. 4,3%; $p < 0,001$) y refractario (100% vs. 0%; $p < 0,001$). Se realiza más angioplastia química (14,3% vs. 3,7%; $p = 0,016$) y mecánica (4,8% vs. 0,2%; $p = 0,001$). Hay más resangrado (23,8% vs. 9,6%; $p = 0,034$) y complicaciones extracerebrales (47,6% vs. 13,2%; $p < 0,001$); SIADH (9,5% vs. 0,4%; $p = 0,001$); coagulopatía (14,3% vs. 0,4%; $p < 0,001$); fracaso renal agudo (19% vs. 2,8%; $p < 0,001$); sepsis (9,5% vs. 0,6%; $p = 0,003$). La evolución es peor con mayor discapacidad moderada-grave y estado vegetativo persistente (76,2% vs. 29,2%; $p < 0,001$).

Conclusiones: La isquemia cerebral tardía es una complicación que en nuestra base de datos ha disminuido en frecuencia con el tiempo, presenta graves implicaciones a nivel pronóstico y evolutivo, conocer sus características puede ayudar a mejorar su manejo.

711. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DESENLACES CLÍNICOS DE LOS PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Jiménez J, Gonçalves G, Gómez Mediavilla K, Jaramillo C y Tejerina EE

Hospital Universitario de Getafe en Getafe.

Objetivos: Analizar los desenlaces clínicos de pacientes con distintas patologías estructurales neurológicas agudas.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de todos los pacientes neurocríticos consecutivos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de noviembre de 2019.

Resultados: Se han incluido un total de 532 pacientes neurocríticos con la siguiente distribución por patologías: hemorragia intracraneal espontánea (HIC) (47%), traumatismo craneoencefálico (TCE) (31%), hemorragia subaracnoidea (HSA) (17%) e ictus isquémico agudo (5%). La mortalidad hospitalaria fue mayor en los pacientes con HIC (30%) e ictus isquémico agudo (30%), seguida de HSA (21%) y TCE (15%). El porcentaje de pacientes con resultados funcionales desfavorables (escala modificada de Rankin, mRS 4-5) al alta hospitalaria fue mayor en los grupos de HIC (35%) e ictus isquémico agudo (41%), seguido de TCE (24%) y HSA (22%). Los tiempos de estancia en UCI y estancia hospitalaria también fueron superiores en los pacientes con HIC (mediana de 10 y 20 días, respectivamente) e ictus isquémico agudo (8 y 21 días), seguidos de TCE (5 y 14 días) y HSA (5 y 12 días). Sin embargo, la duración de la ventilación mecánica fue mayor en los pacientes con HSA (mediana de 9 días), seguida de TCE (8 días), HIC (7 días) e ictus isquémico agudo (5,5 días).

Conclusiones: Los pacientes con hemorragia cerebral espontánea e ictus isquémico agudo que precisaron ingreso en nuestra UCI tuvieron mayor mortalidad y resultados funcionales más desfavorables que los pacientes con traumatismo craneoencefálico y hemorragia subaracnoidea.

712. DESARROLLO DE DELIRIO DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (HUVN)

Guzmán Adum I, Hidalgo Manchado L, López Fernández A y Díaz Contreras R

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Describir la incidencia de delirio durante las primeras 72h de ingreso en UCI. Utilizar la escala Confusion Assessment Method (CAM-ICU) para el diagnóstico de delirio intra-UCI. Determinar las características más prevalentes y los diagnósticos más frecuentes asociados al desarrollo de delirio.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo donde se incluyen todos los pacientes que ingresan en UCI polivalente del HUVN entre el 15 de octubre y 15 de noviembre del 2019. Se les realizó la escala CAM-ICU a su ingreso y diariamente en las primeras 72h de su estancia en la unidad o hasta su alta a planta, requerimiento de intubación orotraqueal (IOT) o deceso. Se excluyeron del estudio a los pacientes intubados al ingreso, con patologías psiquiátricas o del sistema nervioso central (SNC) que imposibilitaban la evaluación del delirio mediante la escala validada. Los datos obtenidos fueron recolectados en una hoja de cálculo de SPSS y posteriormente se evalúan en términos de estadística descriptiva. Dado que la población presenta una distribución normal, para las variables cuantitativas utilizamos media y desviación estándar; las variables cualitativas se analizaron frecuencias absolutas y relativas (%).

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes con una media de edad de 68 años (± 14 años), de los cuales 38,3% se encontraban ingresados previamente en planta. Entre los hospitalizados, 25 (64,10%) presentaron al menos un episodio de delirio tras ingresar en UCI. La incidencia de delirio durante los tres primeros días alcanzó el 28,4% (15,69% durante las primeras 24h, 22,56% a las 48h y 11,76% en las 72h). Los diagnósticos principalmente relacionados con el desarrollo de delirio fueron: Síndrome coronario agudo (SCA) con y sin elevación del segmento ST (50%), cirrosis descompensada (19%), sepsis (16%), hemorragia digestiva alta (7%) e implante transcáteter de prótesis aórtica (5%).

Conclusiones: El delirio es una complicación frecuente en UCI, incluso en las primeras 72h de ingreso y sin la presencia de los factores de riesgo conocidos para su desarrollo. La incidencia calculada se encuentra por encima de la previa (11 casos por c/100 pacientes-año). El diagnóstico más asociado al desarrollo de delirio es el SCA, lo que sugiere la

necesidad de diseñar estudios que incluyan pacientes más precozmente y con estancias cortas. La utilización de una escala de delirio validada y específica para la UCI es una herramienta útil para el diagnóstico de esta entidad.

713. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EL PACIENTE MAYOR DE 70 AÑOS. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

Buj Vicente M, Sánchez Carretero MJ, Sánchez Casado M, Paredes Borrachero I, García Ortiz MC, Piza Pinilla R, Alonso Ciria E y Marina Martín L

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y evolutivas de los pacientes con HSA que ingresan en la UCI con una edad mayor de 70 años.

Métodos: Se evalúan los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Virgen de la Salud, Toledo, en la Unidad de Neurocríticos y Politrauma, durante el periodo 2006-2018. Se comparan los pacientes mayores de 70 años con el resto. Se considera significativo $p < 0,005$.

Resultados: De los 519 pacientes incluidos el 21,8% es mayor de 70 años (113 pacientes). Durante el periodo 2006-2012 es del 43,3% pasando al 56,6% en el periodo 2013-2018 ($p = 0,008$). Estas diferencias en edad ($77,4 \pm 4,8$ vs. $52,4 \pm 10,8$; $p < 0,001$) marcan comparaciones entre pacientes con > 70 años vs. el resto. No hay diferencias en la situación funcional basal sin limitación (86,7% vs. 90,7%; ENS). Tienen mayor APACHE II ($13,2 \pm 6,5$ vs. $9,2 \pm 6,9$; $p = 0,002$), Claassen ($3,23 \pm 1,1$ vs. $2,8 \pm 1,2$; $p < 0,001$) y Fisher IV (67,3% vs. 48,5%; $p = 0,016$). Presentan más hidrocefalia (38,1% vs. 26,1%; $p = 0,047$) y sangre intraventricular (58,4% vs. 42,7%; $p = 0,003$). Se les realiza menos cirugía (15% vs. 23,9%; $p = 0,045$) y radiología intervencionista (58,4% vs. 73,4%; $p = 0,002$) durante el ingreso en UCI. Como complicación presentan más fracaso renal agudo (9,7% vs. 1,8%; $p < 0,001$). Su mortalidad también es más alta (33,6% vs. 16,3%; $p = 0,001$), aunque no presentan más discapacidad moderada grave-estado vegetativo al alta de UCI (30,9% vs. 30,4%; ENS). En el resto de variables no hay diferencias significativas.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 70 años con HSA que ingresan en UCI forman una significativa parte de los enfermos ingresados con esta patología, en ascenso en los últimos años, con mayor mortalidad y tasa de complicaciones. Presentan un subgrupo de pacientes con particularidades de manejo, que interesa conocer.

714. CARACTERÍSTICAS DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN DOS PERIODOS EVOLUTIVOS. ¿EXISTEN CAMBIOS EN EL TIEMPO?

Buj Vicente M, Sánchez Carretero MJ, Sánchez Casado M, Márquez Doblas M, García Ortiz MC, Calle Flores A, Pais Sánchez-Malingre V y Marina Martín L

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Evaluar la HSA en dos periodos evolutivos de tiempo: I (2006-2012) y II (2013-2018), viendo las características diferenciales.

Métodos: Se evalúan los pacientes ingresados por HSA en la UCI del Hospital Virgen de la Salud, Toledo, en la Unidad de Neurocríticos y Politrauma, durante el periodo 2006-2018, comparando los primeros 7 años con el resto del registro. Se comparan los dos periodos en las variables clínicas registradas. Se considera significativo $p < 0,005$.

Resultados: De los 519 pacientes incluidos el 43,3% (235 pacientes) son del periodo I y el 54,7% (284) del II. Comparando periodos evolutivos I vs. II, en el periodo más reciente (II) encontramos menos pacientes con situación de discapacidad moderada-grave (6,1% vs. 3,6%; $p < 0,001$). En los antecedentes existen diferencias en fumadores (31,5% vs. 23,2%; $p = 0,035$). Sintomatológicamente existe una menor cefalea nocturna (4,7% vs. 1,1%; $p = 0,011$), similar GCS ($10,9 \pm 4,4$ vs. $11,7 \pm 4,3$; $p = 0,049$), y mayor inestabilidad hemodinámica en primeras 6 horas (21,7% vs. 36,3%; $p < 0,001$). Existe menor intubación orotraqueal (48,9% vs. 37,7%; $p = 0,01$). En las escalas existen menos grados III-IV de Claassen (77,7% vs. 65,8%; $p = 0,004$), y en general menores grados Claassen (3,07 $\pm 1,12$ vs. $2,68 \pm 1,2$; $p < 0,001$), menos Hunt-Hess grados III-V (50,7% vs. 38,5%; $p = 0,049$). Menos grados 4-5 de la WFNS (43% vs. 31%; $p = 0,013$). En el TC se aprecia menos hematoma intraparenquimatoso (28,1% vs. 19%; $p = 0,015$), hemorragia perimesencefálica (77,9% vs. 61,3%; $p < 0,001$) y sangre intraventricular (56,6% vs. 38%; $p < 0,001$). Como complicaciones existe menos vasoespasmio radiológico (66,7% vs. 33,3%; $p = 0,012$), aunque más vasoespasmio refractario (0% vs. 1,1%; $p = 0,023$), menos resangrado (12,3% vs. 8,1%; $p = 0,025$), menos drenaje ventricu-

lar externo (34,5% vs. 29,6%; $p = 0,048$), con menos complicaciones extracerebrales (19,6% vs. 10,2%; $p = 0,001$); menos fracaso renal agudo (4,7% vs. 2,5%; $p = 0,034$). Existe en la evolución una menor mortalidad (24,3% vs. 16,5%; $p = 0,001$) y un mayores tasas de buen resultado funcional al alta de UCI (44,7% vs. 48,2%; $p = 0,029$).

Conclusiones: En nuestra base de datos, hemos observado una evolución favorable de la HSA durante estos periodos, con una menor gravedad de presentación, menores complicaciones evolutivas, mejor supervivencia y resultado funcional en el periodo más reciente.

715. ¿QUIÉNES SON LOS PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL GRAVE EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA?

Gómez González A, Utrilla Cid N, Rodríguez Vásquez PE, Muñoz Bonet O, Méndez-Benegassi Cid C, Arcariz Bertrán MJ, Catalán Muñoz V, Calderón Rodríguez A, Guerrero Gómez F y Ramos Cuadra JA

CH Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar la epidemiología del daño cerebral grave en Almería.

Métodos: Estudio descriptivo, desde enero 2017 a diciembre 2019, de los pacientes ingresados en una UCI polivalente de 20 camas que presentan un GCS ≤ 9 puntos.

Resultados: En dicho periodo ingresaron 357 pacientes, con mediana de edad 63 años. El 48% hipertensos, 25% diabéticos, 32% dislipémicos, 26% fumadores, 18% antiagregados y el 15% anticoagulados. El daño cerebral fue consecuencia de ictus hemorrágicos (34,7%), traumatismos craneoencefálicos (TCE 26,3%), ictus isquémicos (11,5%), hemorragia subaracnoidea (HSA 10,6%), y encefalopatía post-PCR (7%) entre otros. Fueron hombres 63,3%, frente a mujeres 36,7%. El TCE es más frecuente en varones (71,28%) que en mujeres (28,72%), el ictus hemorrágico también es más frecuente en varones (61,30%) que en mujeres (38,70%), el ictus isquémico tiene una incidencia similar en la mujer (51,20%) y los varones (48,80%) y la HSA es más frecuente en hombres (55,26%) que en mujeres (44,74%). Un 87,71% ingresan con una escala de Glasgow (GCS) ≤ 8 (14% intererencias por sedación), mientras un 15,64% desarrollan el deterioro neurológico posteriormente. Se monitoriza la presión intracranial (PIC) en 23% de los TCE y 1,6% de ictus hemorrágico. El 40% de los TCE se someten a una craniectomía descompresiva, pero hasta un 69% necesitan intervención neuroquirúrgica. El 12% de los ictus hemorrágicos se someten a craniectomía descompresiva, y el 57,25% necesitan intervención neuroquirúrgica. Fallecen el 30,85% de los pacientes con TCE, el 62,90% con ictus hemorrágico, el 56% con ictus isquémico, el 36,84% con HSA, y el 68% de las PCR recuperadas. De los pacientes que sobreviven, se van a planta con un GCS ≤ 8 un 13,8% de TCE, un 4% de ictus hemorrágicos, un 2% de ictus isquémicos y un 11% de hemorragias subaracnoideas.

Conclusiones: El daño cerebral grave es frecuente, afecta a personas de edad media, sobre todo varones. Las lesiones ocupantes de espacio cobran especial importancia sobre todo por el impacto en la mortalidad y el alto consumo de recursos. Los pacientes que salen adelante, en ocasiones lo hacen con muchas secuelas. Observamos escasa neuromonitorización en nuestros pacientes.

716. ANÁLISIS DE LOS CASOS DE VENTRICULITIS ASOCIADOS A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Larrosa Arranz A, Perea Rodríguez ME, del Valle Ortiz M, de la Torre Vélez P, Zabalegui Pérez A, Gero Escapa M, Nariño Molano CA, Callejo Torre F, Ortega Lafont M y Calvo S

Hospital Universitario de Burgos en Burgos.

Objetivos: Determinar la tasa de infección asociada a los drenajes ventriculares externos (DVE) insertados en una UCI de un hospital de tercer nivel, con el objetivo de establecer un protocolo de inserción y mejorar el protocolo de mantenimiento del dispositivo ya existente.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se analizan los pacientes ingresados en UCI entre 2014 y 2018 a los que se les insertó un DVE dentro de la unidad. Se toma como variable principal la tasa de infección asociada a dichos drenajes, así como el porcentaje de infección. Para la valoración funcional de paciente al alta hospitalaria se utiliza la escala GOSE, agrupando en buen pronóstico (GOSE 5-6), intermedio (GOSE 3-4) y mal pronóstico (GOSE 1-2). Siendo 1 muerte.

Resultados: Se obtienen 65 pacientes portadores de DVE de los cuales 50 fueron insertados en la UCI, el resto en quirófano. El 74% fueron varones y el 26% mujeres. La media de edad es de 60,2 años (19-85). Los DVE fueron insertados en los siguientes contextos: ACV hemorrágico (42%), HSA (32%), ACV isquémico (2%), TCE (10%), infección (8%), otros (6%). Se registraron 6 infecciones, estableciendo una tasa de incidencia de 10,15 infecciones por mil días de DVE y 14 infecciones por 100 pacientes. Las características de ambos grupos se muestran en la tabla sin hallar significación estadística entre ellas. La mediana de días desde la inserción del DVE hasta el registro de la infección es 18,5 (4-25). Los agentes causales de la infección son *S. epidermidis* (50%), *Bacillus* spp (33%) y *Cutibacterium acnes* (17%).

	Infectados	No infectados
Estancia UCI	31,5d (2-57)	14,5d (1-45)
Estancia hospitalaria	39d (2-72)	23,5d (1-96)
Duración DVE	14,5d (1-22)	10d (2-41)
Mortalidad	50%	31,8%
GOSE 1-2	83,3%	50%
GOSE 3-4	16,6%	50%

Conclusiones: En esta muestra las tasas de infección se encuentran dentro de los rangos descritos en la literatura. Existe una tendencia en los pacientes con infección a un mayor tiempo de drenaje, estancia en UCI, estancia hospitalaria y mortalidad, aunque sin alcanzar la significación estadística. Las tasas son mejorables por lo que vemos necesario implementar un protocolo de inserción pero sobre todo optimizar el protocolo ya existente de mantenimiento de nuestra unidad, dado el tiempo de aparición de la infección.

717. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN UNA UCI DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Valverde Montoro A, Guidetti G, Ortega Ordiales A, Banderas Bravo E, Mora Ordóñez JM y Fernández Ortega JF

Hospital Regional Universitario de Málaga en Málaga.

Objetivos: Describir las principales características epidemiológicas, electrofisiológicas y evolutivas de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Métodos: Estudio retrospectivo que recoge los casos de SGB con ingreso en UCI entre septiembre de 1994 y 2019. Recogemos variables demográficas, características de la punción lumbar (PL) y del estudio electrofisiológico (EEF); evolución y estancia en UCI, estancia hospitalaria y mortalidad. Expresamos los resultados en forma de porcentajes y media o mediana \pm desviación típica y rango intercuartílico según corresponda.

Resultados: Ingresaron 21 pacientes con diagnóstico de SGB de los cuales un 66,7% fueron varones. La edad media fue 57,38 \pm 17,60 años. El tiempo entre la consulta en el área de urgencias y el ingreso en UCI fue de 3,9 \pm 2,89 días. Un 66,7% presentaba sintomatología bulbar. Un 66,7% tenía antecedente de proceso infeccioso vírico previo al ingreso. Se realizó (PL) al 85,7% presentando todos ellos disociación albúminocitológica. Al 100% de los casos se realizó EEF en el que se estudiaron 4 nervios motores con velocidad de conducción disminuida (31,04 \pm 8,79 m/s). Se encontró ausencia de onda F en el 85,7%. Un 14,67% fueron tratados con ventilación mecánica no invasiva, de los cuales, solo uno no requirió ventilación mecánica invasiva (VMI). Un 76,2% necesitó VMI con una mediana de 23 (10,5-40,25) días en ella. Se realizó traqueostomía al 87,5% en el día 8,31 \pm 3,47 desde su conexión al respirador. Todos los enfermos fueron tratados con esteroides a dosis altas (1 mg/kg) y con inmunoglobulinas (0,4 g/kg durante 5 días). Un 19% recibió tratamiento con plasmaféresis. La mediana de estancia en UCI fue de 24 (6-49) días y hospitalaria de 44,50 (24-75,25) días. Un 58,8% presentaba un puntuación ≤ 2 en la escala funcional de gravedad clínica de Hughes al alta. La mortalidad fue del 14,3% siendo en todos los casos durante su estancia en UCI.

Conclusiones: El SGB es una enfermedad infrecuente y en nuestro centro la prevalencia resulta similar a la publicada en otras series. En nuestro caso obtuvimos una elevada afectación bulbar. En todos los casos apoyamos el diagnóstico mediante con EEF \pm PL. Todos nuestros enfermos fueron tratados con la combinación de esteroides e inmunoglobulinas. Creemos necesario nuevos estudios prospectivos que analicen el momento idóneo para el EEG así como, nuevas opciones terapéuticas que permitan acortar los días de VMI, estancia en UCI y hospitalaria.

718. EXPERIENCIA CLÍNICA Y SEGURIDAD DE TECNEPLASA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS ISQUÉMICO

Estella García A, Moreno Cano S, Giménez Beltrán B, Pérez Ruiz M, Díez del Corral Fernández B y Pérez Fontañón L

Hospital Universitario de Jerez en Jerez.

Objetivos: En los últimos años diferentes ensayos clínicos han demostrado la eficacia y seguridad de tenecteplasa (TNK) en el tratamiento del ictus. El objetivo del presente estudio es documentar la experiencia clínica real del uso de tecneplasa y comparar los resultados clínicos con alteplasa.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital de segundo nivel. El tiempo de estudio fue de dos años. Los criterios de inclusión fueron pacientes que recibieron trombolisis sistémica. Las variables analizadas fueron: características demográficas, valoración según escala NIH al ingreso, localización en prueba de neuroimagen, resultados clínicos y complicaciones hemorrágicas.

Resultados: 54 pacientes consecutivos recibieron tratamiento trombolítico, 10 con TNK y 44 con rTPA. No se observaron complicaciones hemorrágicas no cerebrales: epistaxis, gastrointestinal. En la tabla se muestran las características de ambos grupos de pacientes, se detalla en la tabla el subgrupo de pacientes con rTPA que se trasladaron para trombectomía.

	rtPA n: 44	rtPA n: 14	TNK n: 10
		Derivados para trombectomía	Derivados para trombectomía
Edad (años)	70,4 ± 9,9	67,07 ± 10,6	68,7 ± 8,6
Sexo (H%/M%)	68,2%/31,8%	71,4%/28,6%	70%/30%
Antiagregación	38,6%	35,7%	20%
NIHSS	9 ± 4,9	12,9 ± 4,9	10,5 ± 5,5
Estancia en UCI	4,68 ± 3,5	6,14 ± 4,5	4,6 ± 3,2
F. riesgo vascular	86,4%	100%	80%
HTA	70,5%	64,3%	60%
Diabetes	43,2%	50%	60%
Dislipemia	43,2%	50%	60%
Fib Auricular	15,9%	21,4%	10%
Ventilación mecánica	18,2%	42,9%	10%
Aminas	15,9%	35,7%	10%
Trombectomía	29,5%	90%	90%
Localización n: 25			
ACM M1	52%	57,1%	80%
ACM M2	4%	14,3%	0%
Carótida	24%	7,1%	20%
Basilar	8%	21,4%	0%
Tándem ACM+Car	12%		0%
Hemorragia	18,1%	21,4%	20%
Extensión ictus	14%	28,6%	20%
Muerte encefálica	6,8%	14,3%	0%
Mortalidad UCI	15,9%	28,6%	10%

Conclusiones: En nuestra experiencia, tecneplasa resultó equiparable en términos de seguridad a la trombolisis con rtPA. En pacientes con indicación de traslado para trombectomía TNK mostró mejores resultados clínicos que rtPA.

719. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA (CD) EN HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA PRIMARIA (HIP)

Muñoz Molina B, Patiño Haro P, Lázaro González J, Trigueros Genao M, Portillo Sánchez S, San Barón M, Albert de la Cruz P y Canabal Berlanga A

Hospital Universitario La Princesa en Madrid.

Objetivos: En la HIP pocas medidas han demostrado eficacia. Existe controversia sobre la utilidad de la CD y qué pacientes pueden beneficiarse. Nuestro objetivo fue caracterizar a los pacientes intervenidos y su evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico sobre una cohorte de 121 pacientes con diagnóstico principal de HIP (enero 2015-mayo 2018). Se recogieron variables clínicas, radiológicas y de tratamiento. Se utilizó el test χ^2 y exacto de Fisher, análisis de asociación mediante OR; significación $p < 0,05$.

Resultados: Se realizó CD en 27,3% de los pacientes ($n = 33$). Variables que caracterizan a los pacientes intervenidos: Nivel de consciencia al ingreso (GCS): 97% tienen GCS ≥ 5 . Agrupados por puntuación según

los grupos de escala ICH, con GCS 5-12 se operan preferentemente ($p = 0,042$). Localización del hematoma: se intervinieron menos los pacientes con hematoma en ganglios de la base y los abiertos a ventrículos ($p = 0,02$). Tamaño basal: se operaron más los hematomas $> 30 \text{ mm}^3$ y los de mayor tamaño basal ($p = 0,042$). Los pacientes con CD recibieron más transfusiones de plasma ($p = 0,006$) y plaquetas ($p = 0,019$), y tratamiento profiláctico antiepiléptico (78,5%, $p = 0$). Se redujo tamaño del hematoma tras cirugía en el 54,5%, vs. 29,5% ($p = 0,001$). No hubo diferencias significativas en cuanto a mortalidad vs. los no intervenidos. La mortalidad global fue 35,54%. En intervenidos, fallecieron 30,3%, 12,12% de ellos en UCI. En análisis de regresión logística se observa que tanto tamaño basal como el GCS 5-12 son variables independientes para indicación de CD ($p = 0$ y $p = 0,042$).

Porcentajes	Porcentajes		
	CD (33)	No CD (88)	Total (121)
GCS			
3-4	3,0	13,9	11,6
5-12	48,5	29,8	33,9
13-15	48,5	56,3	53,7
Localización			
Frontal	18,1	16,1	16,7
Parietal	24,2	14,9	17,5
Temporal	21,2	4,6	9,2
Occipital	3,0	5,7	5,0
Ganglios basales	33,3	58,6	51,7
Mortalidad			
Muerte UCI	12,1	25,0	21,5
Muerte planta	18,2	12,5	14,0
Muertes totales	30,3	37,5	35,5
Alta a planta	69,7	62,5	64,5

Conclusiones: El GCS, la localización y tamaño del hematoma son criterios determinantes para decidir tratamiento quirúrgico. No hubo diferencias en la mortalidad de los pacientes intervenidos ni en UCI ni en planta durante el mismo episodio.

720. SÍNDROME DE TERTSON COMO COMPLICACIÓN DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

Cherchi MS, Hernández-Hernández MA, Fernández-Torre JL, Martín Lázaro R, Mato Mañas DJ, Marco de Lucas E, González Mandly A, Torres Díez E, Holanda MS y Demetrio Pablo R

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: El síndrome de Terson hace referencia a la hemorragia intravítrea en el seno de hemorragia intracraneal y su fisiopatología no es bien conocida. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia y factores asociados al desarrollo de síndrome de Terson en pacientes ingresados en UCI por hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes con HSA ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel entre mayo de 2018 y diciembre de 2019. Se recogieron y analizaron variables epidemiológicas, clínicas, radiológicas y analíticas a su ingreso y se revisó exhaustivamente la presencia de hemorragia intraocular en la primera TC diagnóstica de HSA.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, 59,6% mujeres, con una media de edad de 55,8 (R 23-82) años. El 82,5% de los pacientes tuvieron aneurisma como causa de la HSA. En cuanto a la gravedad, la escala de WFNS y de Hunt-Hess fue > 3 en el 36,8% y 33,3%, respectivamente. La media de APACHE-II fue de $14,8 \pm 7,6$ y de la escala de coma de Glasgow (GCS) al ingreso de $11,5 \pm 4,5$, con una mortalidad en UCI del 9,1%. Se objetivó síndrome de Terson en 6 pacientes (10,5%), siendo en 3 casos bilateral (5,3%). Todos ellos tuvieron 4 puntos en la escala de Fisher y la causa de la HSA fue siempre aneurismática. La presencia de hemorragia intravítrea se asoció con un nivel más bajo en la GCS ($12 \pm 4,3$ vs. $7,6 \pm 5,4$; $p = 0,02$), una frecuencia cardíaca más elevada al ingreso ($75,9 \pm 15,3$ vs. $95,83 \pm 16,8$; $p = 0,004$), intubación orotraqueal a la llegada a UCI (4,9% vs. 25%; $p = 0,043$) y mayor puntuación en el APACHE-II ($14,1 \pm 7,5$ vs. $20,8 \pm 6$; $p = 0,039$). Un cociente glucosa/potasio elevado fue el único marcador bioquímico asociado con esta patología ($38,6 \pm 12,6$ vs. $54,7 \pm 24,4$; $p = 0,01$). En el análisis multivariable ajustado por gravedad, una frecuencia

cardíaca al ingreso > 90 lpm fue el único factor asociado con el diagnóstico de síndrome de Terson (OR 10,5 [IC95 1,6-67,3]; p = 0,013). No se encontró relación con la mortalidad. Se realizó vitrectomía en el 33,3% de pacientes, con buen resultado posterior en todos ellos.

Conclusiones: En nuestra serie, el síndrome de Terson aparece en 1 de cada 10 pacientes con HSA espontánea y se asocia con un debut clínico de mayor gravedad y una frecuencia cardíaca mayor de 90. La revisión sistemática de los globos oculares en la TC al ingreso podría ser útil para reconocer precozmente esta patología, evitando secuelas visuales a largo plazo.

721. IDENTIFICACIÓN PRECOZ DEL VASOESPASMO MEDIANTE ESTUDIO METABOLÓMICO EN SUERO PLASMÁTICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON H1-RMN ESPECTROSCÓPICA

Rosa Rubio FJ^(a), García Simón M^(a), Aguillón Prada DL^(a), Segura Roca JM^(a), Téllez Torres A^(a), Jordá Mañana A^(a), González Marrachelli V^(b) y Morales Taty JM^(b)

^(a)Hospital Clínic Universitari de València en Valencia. ^(b)Universitat de València en Valencia.

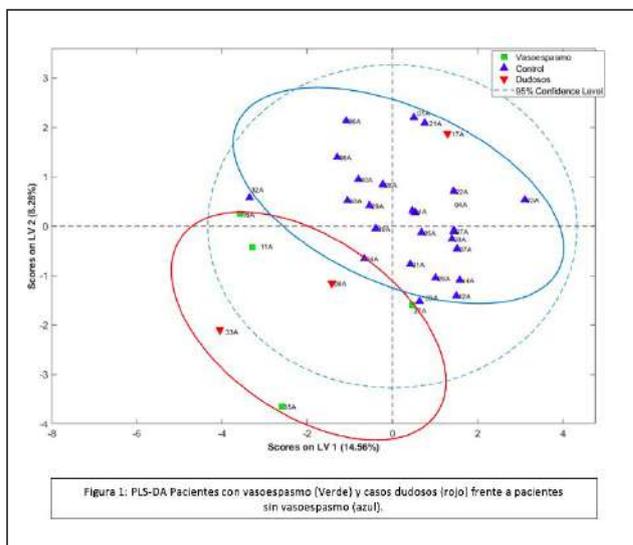
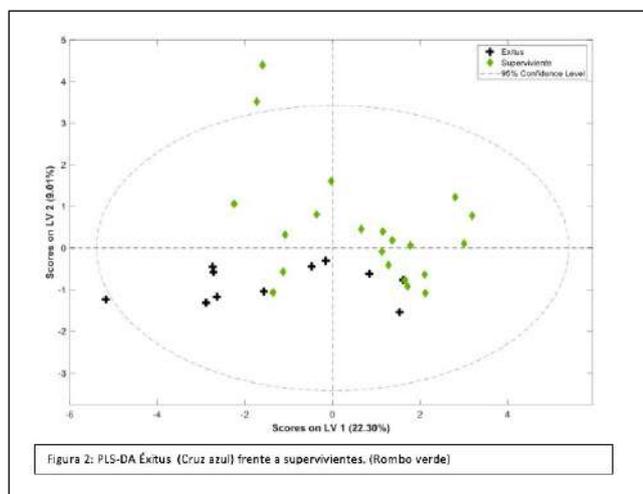
Objetivos: Identificar un perfil metabólico capaz de predecir precozmente la aparición de vasoespasmo (VE), así como mortalidad en pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea espontánea (HSA), mediante H¹-RMN espectroscópica en muestras de suero plasmático.

Métodos: Se analizó por H¹-RMN espectroscópica el suero plasmático de 36 pacientes el día de ingreso. Se obtuvieron espectros de RMN para cada muestra en un espectrómetro Broker AVANCE III 600 MHz de 14,1 Teslas a 30 °C. Dichos espectros fueron analizados mediante análisis multivariante (PCA) y discriminatorio (PLS-DA) e integración de picos. Las regiones espectrales relevantes se identificaron y cuantificaron en unidades arbitrarias (área espectral relativa). Se calcularon las medias, las desviaciones estándar y la significación estadística de las mismas mediante t de Student entre el grupo que desarrolló VE (tanto por eco-Doppler, angioTC, angioRM o angiografía) así como los casos dudosos, comparándolo con el grupo que no presentó estas complicaciones durante su evolución.

Resultados: Se presentan en las tablas y figuras.

General	
Nº pacientes	36
Sexo (mujeres)	56,7%
Edad (años) (media)	57,86 (± 13,01)
Estancia en UCI (días) (mediana)	6 (2-30)
Vasoespasmo/ICT	19,4%
Mortalidad	30,5%

Escala de gravedad y comorbilidad	
APACHE II (media)	11,38 (± 8,41)
Charlson (media)	1,91 (± 1,89)



Conclusiones: Mediante el análisis de muestras de sangre del primer día de ingreso de pacientes con HSA con H¹-RMN espectroscópica, podemos diferenciar a los pacientes que presentarán vasoespasmo durante su evolución de aquellos que no ya que presentan un perfil metabólico diferente. Esto puede dar lugar, junto al resto de pruebas actuales, a una firma metabólica que ayude a identificar a este paciente de forma precoz.

824/COVID-19. SARS-CoV-2 COMO CAUSA DE UN SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ETIOLOGÍA INESPERADA

Huidobro MS, González A, Cabrera J, Martín M, González O, González V, Uribe L, Pérez-Illombet A, Mayorga K, Rodin MC

Hospital Universitario de Canarias en San Cristóbal de La Laguna.

Objetivos: El SARS-CoV-2 tiene capacidad neuroinvasiva tanto del sistema nervioso central como del periférico como es el síndrome de Guillain-Barré (SGB), siendo este el objeto del presente caso clínico.

Métodos: El día 05-04-2020, una paciente mujer de 77 años acudió a Urgencias por debilidad generalizada y progresiva de tres días de evolución y además, dos semanas antes presentó un pico febril. En la exploración física destaca una disminución de la fuerza de las cuatro extremidades, más llamativa de los miembros inferiores (MMII) de predominio proximal, sin reflejos osteotendinosos, sin alteraciones de la sensibilidad y con reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. En las pruebas diagnósticas: TC de cráneo y bioquímica LCR 06,04: Sin hallazgos. Cultivo LCR 06,04 y antigangliósidos 07,04: negativos. EMG 06,04: Polineuropatía sensitivo-motora con datos de desmielinización no uniforme con afectación proximal y distal, sin actividad denervativa aguda. El día 06,04 se diagnosticó de SGB, se inició pauta de inmunoglobulinas (Ig) y el 08,04 ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria. La radiografía de tórax y la analítica resultaron sin hallazgos destacables y por tanto la insuficiencia respiratoria se achacó a la debilidad por el SGB. Dada la situación de pandemia por COVID-19 y el pico febril previo, se solicitaron: sedimento de orina 06,04 y antigenuria de *S. pneumoniae* y *Legionella* 08,04: negativas. Serología infecciosa 08,04: Sin hallazgos de interés. Panel de neumonía atípica 08,04: negativo. PCR SARS-CoV-2 (frotis nasofaríngeo (FN)) 08,04: indeterminado. PCR SARS-CoV-2 (FN) 09,04: negativo. Serología SARS-CoV-2 09,04: IgM e IgG positivas.

Resultados: La paciente se encontraba en fase de convalecencia de la COVID-19 y la clínica respiratoria se debía a la debilidad secundaria al SGB por tanto, no se inició tratamiento frente al SARS-CoV-2. La evolución fue favorable tras las Igs y el soporte ventilatorio no invasivo y de fisioterapia. En el seguimiento presentó: Serología SARS-CoV-2 14,04: IgG positivo. EMG 21,04: Polineuropatía sensitivo-motora con datos de desmielinización no uniforme, con afectación axonal.

Conclusiones: Teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas, los hallazgos neurofisiológicos, la infección confirmada por SARS-CoV-2 y habiendo descartado otras causas de SGB, así como el neurotropismo de este virus, se podría concluir que la COVID-19 ha sido la causa desencadenante del SGB en nuestra paciente.