

Solo se observó diferencia significativa respecto a los leucocitos en los días 3° ($p = 0,02$), 4° ($p = 0,01$), 5° ($p = 0,002$), 6° ($p = 0,008$), 7° ($p = 0,02$) y 8° ($p = 0,04$) con significación estadística, pero no así en las restantes variables, PCR ni PCT.

Conclusiones: ante el escaso número de pacientes antes de valorar los resultados deberemos tener prudencia y en lo posible aumentar el conjunto de pacientes progresivamente. No obstante únicamente podemos deducir que existen diferencias en la determinación de leucocitos del 3° al 8° día y no podemos inferir que esos hallazgos expliquen en sí mismos un efecto antiinflamatorio respecto al uso de diferente anticoagulación en las TDRC de nuestros pacientes.

822/COVID-19. DESCRIBIR LA MORTALIDAD ASOCIADA A INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA POR SARS-CoV-2 EN CONTEXTO DE FRACASO RENAL AGUDO QUE REQUIEREN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Martos Mendizábal M, Morales Alarcón M, Mateo Marquina L, Segarra Martínez-Sahuquillo A, Vera Artazcoz P, Suárez Montero J C, Rodríguez Farré N, Torrens Sonet M, Santos Rodríguez JA y Mancebo Cortés J

Hospital de la Sant Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Describir la mortalidad en pacientes con Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por SARS-CoV-2 y fracaso renal agudo que requiere terapia de sustitución renal en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional desde el 15 de marzo hasta el 15 de abril, en un SMI polivalente de un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por COVID-19 que requirieron terapia de sustitución renal concomitante a la infección durante su ingreso en el SMI. Se recogieron datos demográficos y clínicos de dichos pacientes durante su asistencia en el SMI y se realizó un análisis estadístico con regresión de Cox.

Resultados: De la muestra total de 181 pacientes, 14 (7,7%) requirieron terapia de sustitución renal. La hazard ratio de mortalidad de los pacientes con fracaso renal agudo que requirieron terapia de sustitución renal, respecto de los que no la presenta fue de 1,27; Intervalo de confianza 95% (0,62-2,63).

Conclusiones: Con nuestra muestra no detectamos diferencias de mortalidad en pacientes con fracaso renal agudo y terapia de sustitución renal, respecto de los que no la presentan.

823/COVID-19. MANEJO DE LA DISFUNCIÓN RENAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR SARS-CoV-2

Martín Cano JM^a, Díez del Corral B, Ruiz Pérez M, Villegas del Ojo J, Flores González J y Garrino AP

Hospital de Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Analizar las terapias de soporte renal y la necesidad de otros soportes orgánicos utilizados en los pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 que desarrollan disfunción renal. Estudiar la asociación de este fallo orgánico con la morbi-mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado en una UCI polivalente del hospital de Jerez, reuniendo a todos los pacientes que ingresaban en la unidad con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 y fallo renal. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, variables analíticas, clínicas, scores de gravedad, soporte orgánicos y mortalidad. El análisis de los datos se realizó mediante paquete estadístico SPSSv22.

Resultados: incluimos un total de 11 pacientes que desarrollaron disfunción renal, con una edad media de $63,55 \pm 7,53$ DE, con predominio del sexo masculino (72,7%). Con respecto a los FRCV, destacar que estos pacientes presentaban un IMC elevado con valores medios de $31,93 \pm 4,68$ DE cm^2/m^2 . En relación a las escalas de gravedad el SOFA medio al ingreso de estos pacientes fue de $4,27$ puntos ± 2 DE y el APACHE II de $11,45$ puntos $\pm 4,2$ DE, siendo el SOFA el día del diagnóstico de FRA de $9,1$ puntos $\pm 3,2$ DE. Estos pacientes precisaron VMI y prono en el 100%, requiriendo el 81,8% la realización de traqueostomía y el 90,9% soporte hemodinámico con noradrenalina. El 63,7% (7) requirieron TCRR, siendo la modalidad de elección la HFVCC (100%). En relación a las indicaciones, la más frecuente fue la oligoanuria 57,1% (4) seguido de alteraciones metabólicas o ió-

nicas en el 28,6% (2) y el shock refractario 14,3% (1). El acceso venoso utilizado de forma más frecuente fue el femoral derecho (42,9%). La yugular derecha se utilizó en el 28,6% de los casos (2). La heparina sódica fue el anticoagulante de elección en el 100% de los pacientes que precisaron TCRR. En relación a las escalas de daño renal, encontramos que el día que se diagnosticaba el FRA presentaban: AKIN I 45,5%, II 18,2%, III 36,4%; RIFLE R 45,5%, I 9%, F 45,5%. La mortalidad observada fue muy elevada alcanzando el 63,7% (7) ($p < 0,05$) y la mortalidad de los pacientes que precisaron TCRR fue del 100% ($p < 0,05$) a pesar de mejorar la función renal por criterios de creatinina en un 71,4% (5).

Conclusiones: En nuestros pacientes el fallo renal y el uso de TCRR se asoció a peores resultados pronósticos de forma independiente. Los que desarrollan FRA presentaban de forma significativa un IMC más elevado y precisaron más soporte orgánico que los que no desarrollaban FRA.

Pósteres pantalla

Neurointensivismo/Traumatismos

156. LA CALIDAD DE VIDA Y LA SUPERVIVENCIA AL AÑO DE LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO ICTUS ISQUÉMICO

De León Belmar JJ^(a), Goded Bajén Y^(b), Tejada Adell M^(a), Arlandis Tomás M^(a), Martín Pachés A^(a), Romero Gómez B^(a), Micó Gómez ML^(a), Gomar Vidal S^(a) y Cortés Navalón C^(a)

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

Objetivos: Determinar la calidad de vida al año de los pacientes que han sufrido ictus isquémico. Otros objetivos eran determinar la supervivencia al año de dichos pacientes y los factores de riesgo más prevalentes.

Métodos: Realizamos estudio observacional, descriptivo, documental, longitudinal y retrospectivo. Se compararon variables sociodemográficas, clínicas, radiológicas y evolutivas de los pacientes que habían sufrido ictus isquémico en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2017 y junio de 2018.

Resultados: Se analizaron 150 pacientes, de los cuales 89 sufrieron ictus isquémico (61%), siendo fibrinolisados 18 de ellos. La edad media fue 67,02 años, con un predominio del sexo masculino. El factor de riesgo que más se asociaba era la hipertensión arterial en el 58% de los casos, y la etiología con mayor predominio fue la embolígena con un 15,3% de los casos. Se vio una mejor evolución en aquellos pacientes que recibían más precozmente el tratamiento fibrinolítico. Con respecto al destino al alta, los varones tenían como mayor destino domicilio con respecto a las mujeres (48,3% vs. 32,2%). Al igual que vimos que el exitus era mayor en mujeres. Los ictus isquémicos tenían mayor supervivencia al año en comparación con otros ictus. La implantación del código ictus, con tratamiento fibrinolítico aumentó la supervivencia de los pacientes y disminuyó el destino a hospitales de larga estancia y las secuelas acompañantes.

Conclusiones: Los pacientes que han recibido tratamiento fibrinolítico tras un ictus isquémico tienen una mayor supervivencia y mejor evolución que aquellos que no lo recibieron. Clara relación entre el tiempo transcurrido hasta que se da el tratamiento y la mejoría de los pacientes. Dado el gran porcentaje de pacientes que deben recurrir a hospitales de larga estancia, sería importante la potenciación de dichos lugares. Se corrobora la importancia de la hipertensión arterial en el origen del ictus isquémico.

157. TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS EN UCI: SERIE DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS EN CANTABRIA

Sánchez Arguano MJ^(a), Sánchez Campos S^(a), Arlaban Carpintero M^(a), Jauregui Solorzona RA^(a), Ballesteros Sanz MA^(a) y Gayol Fernández M^(b)

^(a)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^(b)SESPA en Asturias.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los casos de trombosis de seno venosos cerebrales en los últimos 10 años en la comunidad de Cantabria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Inclusión: pacientes con ingreso en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de trombosis de senos venosos durante su estancia. Exclusión: pacientes con diagnóstico de trombosis de seno venoso previo al ingreso hospitalario actual. Periodo: 1 de enero de 2000 a 31 de diciembre de 2017.

Resultados: 14 pacientes. Edades comprendidas entre los 13-72 años, con una media de 48 años. En la serie presentada no se cumplen los factores de riesgo típicos descritos en la bibliografía. El método diagnóstico más utilizado es el TC.

		Exitus	
		No	si
Tº inicio síntomas a ingreso	< 24h (28,6%)	3	1(25%)
UCI	> 24h (71,4%)	7	3(30%)
Motivo de ingreso en UCI	Necesidad de VM	0	0
	Bajo nivel de conciencia	3	2
	Crisis epiléptica	4	1
	Otros	3	1
	Cefalea	6	0
Clínica previa ingreso	Clínica visual	1	1
	Focalidad NRL		1
	Deterioro del nivel de conciencia	0	3
	Crisis epiléptica	7	0
	Sagital sup	7	0
Seno venoso cerebral	Seno recto	1	1
	Seno transverso	2	2
	Seno sigmoideo	2	2
	Yugular interna	0	1
	Otros	1	1
	Hospital	2	0
GCS ≤ 8	UCI	0	0
GCS > 8	Hospital	10	2
	UCI	10	4

		Exitus	
		No(10) 71.4%	si(4) 28.6%
Fumador	si	1	0
	no	9	4
Sexo	Hombres(2)1 4.3%	1	1
	Mujeres(12)8 5.7%		
Edad media		41	56
FRCV	DM	0	0
	HTA	4	1
	DL	1	
	Sin FRCV	5	3
Trombosis previa		0	0
Estado de hipercoagulabilidad (trombofilias, LES, SAP, EPO, esteroides...)		2	0
Infección local		2	1
Antecedente traumático (TCE...)		0	0
Canalización CVC previa trombosis	1 (yugular)		0
Embarazo/puerperio		2	0
Toma de Anticonceptivos orales		1	0
Punción lumbar previa		4	0
Cirugía reciente (<3meses)		1	3

Conclusiones: La trombosis venosa suele afectar a mujeres jóvenes. La clínica típica es cefalea, aunque sus síntomas pueden ser variables. Existen numerosos factores de riesgo, pero pueden no estar presentes en los pacientes afectados. Una puntuación baja en la escala de Glasgow al ingreso hospitalario y/o en UCI parece no relacionarse con la mortalidad hospitalaria. El diagnóstico se realiza de forma temprana, en las primeras 24 horas en UCI y no parece influir en el pronóstico.

158. FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA: ANÁLISIS TRAS 6 AÑOS

Sánchez Ramírez C^(a), Lübbe Vázquez CF^(a), Díaz Suárez LD^(a), Vázquez Pineda C^(a), Vicente Arranz JL^(a), Saavedra Santana P^(b) y Ruíz 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.

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2013 hasta 31 diciembre de 2019 que requirieron CD. La CD se realizó por hipertensión intracraneal (HIC) refractaria al tratamiento médico. Variables analizadas: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos; episodios de hipotensión; tipo de craneotomía y complicaciones; escala Rankin y escala outcome de Glasgow (GOS); niveles preoperatorios de lactato sérico y número de horas con presión intracraneal elevada antes de CD; hipo e hiperglucemia; aplicación de tratamiento hiperosmolar; leucocitos y plaquetas antes de CD y otros factores relacionados. Los porcentajes se compararon con el test de la χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Se realizó un análisis de mortalidad y discapacidad en el momento del alta de la UCI, a los 30 días de ingreso y 6 meses después del alta de UCI Se consideró estadísticamente significativo $p \leq 0,05$. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 3.3.1 (R Development Core Team, 2019).

	N = 35	Discapacidad (Rankin al alta ICU)		P
		< 3 N = 7	≥ 3 N = 28	
Edad (años)	47.1 (34.9 - 55.3)	51.1 (38 - 58.7)	47.1 (33.9 - 55.2)	0.594
Sexo varón	22 (62.9)	4 (57.1)	18 (64.3)	1
APACHE-II	22.5 (19 - 26)	25.5 (22.8 - 26.8)	22 (19 - 25.8)	0.103
DM	4 (11.4)	0	4 (14.3)	0.562
HTA	6 (17.1)	2 (28.6)	4 (14.3)	0.576
DLP	5 (14.3)	1 (14.3)	4 (14.3)	1
Tumor	3 (8.6)	1 (16.7)	2 (7.1)	0.453
HSA	17 (48.6)	4 (57.1)	13 (46.4)	0.691
Tto antiagregantes	2 (5.7)	1 (14.3)	1 (3.6)	0.365
ACM Maligna	10 (28.6)	1 (14.3)	9 (32.1)	0.644
Subdural agudo	14 (41.2)	2 (33.3)	12 (42.9)	1
Obliteración del 3er ventrículo o colapso de cisternas de la base	12 (35.3)	0	12 (42.9)	0.049
Hematoma no evacuado	7 (20.6)	2 (33.3)	5 (17.9)	0.58
Contusión focal con edema y expansividad	13 (38.2)	3 (50.0)	10 (35.7)	0.653
Lesion evacuada	6 (17.6)	1 (16.7)	5 (17.9)	1
TCE	13 (38.2)	4 (57.1)	9 (33.3)	0.387
Ambas pupilas reactivas previo CD	26 (76.5)	6 (100)	20 (71.4)	0.297
Ninguna pupila reactiva previo CD	3 (8.6)	1 (14.3)	2 (7.1)	0.499
IOT previo ingreso en Hospital	10 (28.6)	3 (42.9)	7 (25.0)	0.381
IOT en Urg	12 (34.3)	1 (14.3)	11 (39.3)	0.380
IOT en quirófano	8 (22.9)	2 (28.6)	6 (21.4)	0.648
Transfusión previa a CD	8 (24.2)	0	8 (29.6)	0.424
Convulsiones previa a CD	4 (12.1)	0	4 (14.8)	1
Midriasis bilateral arreactiva previa a CD	2 (6.1)	0	2 (7.4)	1
Ambas pupilas reactivas previa a CD	26 (76.5)	6 (100.0)	20 (71.4)	0.297
Una pupila reactiva previa a CD	4 (11.8)	0	4 (14.3)	1
Ninguna pupila reactiva previa a CD	3 (8.6)	1 (14.3)	2 (7.1)	0.499
Lesion extracraneal	3 (9.1)	0	3 (11.1)	1
Desplazamiento línea media en TAC ingreso	4 (0 - 9)	1 (0 - 8)	5 (0 - 8.8)	0.601
GCS Ingreso	9.5 (5 - 14)	8 (4 - 12.5)	10 (6 - 14)	0.565
GCS Ingreso en UCI	3 (3 - 5)	3 (3 - 4)	3.0 (3.0 - 6.5)	0.773
Plaquetas x 1000 previo a CD	233 (192 - 291)	277 (252 - 298)	217 (182 - 272)	0.102

CD: Craneotomía descompresiva, HTA: Hipertensión arterial; DLP: dislipemia; HSA: Hemorragia subaracnoidea; TCE: Traumatismo craneoencefálico; IOT: Intubación orotraqueal.

Tabla 2. Mortalidad 6 meses tras alta en UCI	Exitus			
	Todos N = 35	No N = 23	Si N = 12	P
Edad, años	47 (33 - 55)	44 (30 - 55)	47 (40 - 56)	0.302
Sexo Femenino	21 (60)	16 (69,4)	5 (41,7)	0.050
APACHE	23 (20 - 26)	22 (18 - 25)	24 (22 - 27)	0.082
DM	4 (11,42)	1 (4,34)	2 (16,7)	0,54
HTA	6 (17,14)	5 (21,7)	1 (8,3)	1
DLP	5 (14,28)	3 (13,0)	2 (16,7)	1
Tumor	3 (8,57)	1 (4,34)	2 (16,7)	0,543
HSA	17 (48,57)	10 (43,47)	7 (56,3)	0,314
ACM Maligna	9 (25,71)	6 (26,08)	4 (33,3)	0,696
Subdural agudo	14 (40)	210 (43,47)	4 (33,3)	0,293
Obliteración del 3er ventrículo o colapso cisternas de la base	11 (31,42)	8 (34,78)	4 (33,3)	1
Contusión focal con edema y expansividad	12 (34,28)	11 (47,82)	2 (16,7)	0,050
Lesión evacuada	5 (14,28)	6 (26,08)	3 (25,0)	0,35
TCE	12 (34,28)	10 (43,47)	3 (25,0)	0,274
Ambas pupilas reactivas previa a CD	23 (65,71)	21 (91,30)	5 (41,7)	0,002
Ninguna pupila reactiva previa a CD	3 (8,57)	1 (4,34)	2 (16,7)	0,340
IOT previo a ingreso Hospital	7 (20)	8 (34,78)	2 (16,7)	0,683
IOT en Urgencias	12 (34,28)	7 (30,43)	5 (41,7)	0,724
IOT en quirófano	8 (22,85)	5 (21,7)	3 (25,0)	1
Transfusión previa a CD	7 (20)	5 (21,7)	3 (27,3)	0,481
Convulsiones previas a CD	4 (11,42)	1 (4,34)	3 (27,3)	0,126
Desplazamiento de línea media en TAC ingreso	3 (8 - 8,4)	2 (0 - 5,5)	7 (0,5 - 9,5)	0,193
GCS en Ingreso	11 (8 - 14)	10 (3,5 - 14,5)	11 (6 - 14)	0,82
GCS en Ingreso UCI	3 (3 - 4,8)	3 (3 - 6)	3 (3 - 4,2)	0,875

CD: Craniectomía descompresiva; HTA: Hipertensión arterial; DLP: dislipemia; HSA: Hemorragia subaracnoidea; TCE: Traumatismo craneoencefálico; IOT: Intubación orotraqueal.

Resultados: Se analizaron 35 pacientes con CD. La mayoría fueron hemorragias subaracnoideas (HSA) 17 (48,6%). Las CD en TCE se realizaron en 13 (37,1%) pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron necesidad de reintervención (42,9% de ellas) e hidrocefalia (42,9%). Seis pacientes fallecieron al alta de UCI (17,1%), 4 (66,6%) de ellos fueron HSA. De los 13 pacientes con TCE, fallecieron 3. La mediana de Rankin en el alta de UCI fue de 4 y el GOS fue de 3. Rankin a los 6 meses después de alta de UCI, fue de 4,5 y el GOS fue de 3. En el análisis de discapacidad a los 6 meses tras el alta de UCI, la obliteración del tercer ventrículo o colapso de cisternas de la base se asoció significativamente (tabla 1). La mortalidad a 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente a sexo femenino, contusión focal con edema y expansividad y reactividad pupilar bilateral previa a CD (tabla 2).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con CD fue del 17,1% al alta de UCI. El Rankin y GOS reflejan una discapacidad moderadamente grave en nuestros pacientes con CD al alta y 6 meses después del alta de la UCI. La obliteración del tercer ventrículo o colapso de cisternas de la base se asociaron significativamente con la discapacidad a los 6 meses tras del alta. La mortalidad 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con sexo femenino, contusión focal con edema y expansividad y reactividad pupilar bilateral previa CD.

159. ¿SEGUIMOS LUCHANDO POR EL CEREBRO? COMPARACIÓN 2º AÑO IMPLEMENTACIÓN PLAN INTEGRAL OPERATIVO DEL ICTUS (PIO) EN LINARES, CON LOS RESULTADOS INICIALES DEL PRIMER AÑO

Pontes Moreno AJ, Jiménez Laredo D, Hornos López C, Jiménez Sánchez JM, Jurado Lara B y Camacho Pulido JA

Hospital San Agustín en Linares.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la implementación del plan integral operativo (PIO) del código ictus en el Hospital de Linares, comparándolo con el primer año.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de códigos ictus ingresados en nuestro hospital durante 2019, y comparándolo con el primer año de PIO. Resultados expresados en media \pm DE, o mediana

\pm RIC (ausencia de normalidad). Análisis realizado con programa estadístico SPSS.

Resultados: Se muestra (tabla), los datos comparativos. Clínica predominante (73%) hemiparesia y disartria; con son obesidad 83,8%, HTA 70,27%, dislipemia y DMII 43,24% como comorbilidades. En arteriografía muestra trombectomía en el 91,66% (11 de 12); y en 2 casos respectivamente (16,66%) colocación stent y fibrinólisis intraarterial; 8,33% (1) en blanco.

	2018	2019
ACVA ingresan UCI	22	48
ACVA isquémicos	16	37
TiV	12	23
Traslados arteriografía	5	12
Traslados neurocirugía	3	0
Complicaciones TiV	2 mayores/1 menor	1 menor
Edad	66,53	67,62
APACHE	8,33	9,43
Mortalidad por APACHE	8-15%	8-15%
Mortalidad	6,67%	0%
Rankin	0,18	0,49
IMC	26,99	28,31
Activaciones prehospitalaria	50%	58,33%
Citicolina prehospitalaria	21,4%	4,34%
Traslados medicalizados	68,75%	59,46%
Traslados no medicalizados injustificados	18,75%	5,4%
NIHSS	13,20	8,19
ASPECTS	9,27	9,13
Tiempo 1ª asistencia	61,40	85,56
Tiempo 061/DCCU-Hospital	45,92	49,71
Tiempo puerta-aguja	72,83	63,26
Tiempo inicio clínica-TiV	146,83	154,78
Tiempo recuperación clínica si existe	62	69,75
Tiempo TiV-destino	157,20	139,20
Tiempo inicio síntomas-arteriografía	302,25	352,73

Conclusiones: Aumento de la concienciación en el ACVA entre los profesionales; muy mejorable aún en la atención prehospitalaria. Retraso en la primera atención sanitaria por parte de la población. Necesidad educación sanitaria en ictus. Mejoría en la asistencia hospitalaria, con tiempo puerta-aguja cercano a rango óptimo; y adecuado tiempo de acceso a arteriografía. Ausencia de complicaciones graves 2ª a TiV, a pesar de flexibilización en los criterios de TiV.

160. MANEJO DEL TCE CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL TRAS INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO DE COORDINACIÓN CON NEUROCIROLOGÍA

Sánchez Santamaría M^(a), García Garmendia JL^(a), Gallego Lara SL^(a), Martínez Fernández CE^(a), González Pombo M^(b) y Martín Schrader I^(b)

^(a)Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en Bormujos. ^(b)Hospital Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Analizar el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) y hemorragia intracranial (HIC) en un hospital comarcal, tras la implantación de un protocolo de coordinación con neurocirugía.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con TCE que presentan HIC, en hospital comarcal de enero a agosto de 2019. El protocolo de coordinación incluye criterios de derivación, manejo inicial y observación en Hospital de origen y de referencia. Se analizan variables demográficas, antiagregación y anticoagulación, lesiones en TC, manejo, derivación y mortalidad.

Resultados: Se atienden 57 pacientes con TCE + HIC, 51 (89,5%) mujeres y edad media de 71,7 (DE 17) años. GCS 15 en 48 pacientes, 13-14 en 6 y 4-9 en 3. Detectadas: hemorragias subdurales (21), hemorragias subaracnoideas (17), contusiones hemorrágicas (6), hemorragia intraparenquimatosa (1) o combinación de estas (12). 11 casos con desviación de línea media. Se constató antiagregación en 17, sin requerir transfusión de plaquetas. 16 recibían anticoagulantes (12 acenocumarol, 4 directos y 2 HBPM). De ellos, 6 recibieron complejo protrombínico (CP) y 3 plasma y vitamina K, y 3 pacientes tenían indicación de CP sin llegarse a utilizar. Se trasladaron inicialmente 14 de los 16 pacientes (87,5%) con criterio de derivación a Neurocirugía. Uno fue alta voluntaria y otro se trasladó por progresión de HSA. De los 15 trasladados, se intervinieron 2 con buena evolución, y 12 fueron alta tras observación o ingreso, y hubo 1 exitus donante (7%). Ingresaron en nuestro centro 23 (40%), con mortalidad hospitalaria de 4 (17%), 1 de ellos donante.

Conclusiones: El manejo de los TCE con HIC en un centro comarcal requiere una gran coordinación. La alta tasa de pacientes anticoagulados y antiagregados requiere un manejo individualizado. La observación en centro de origen de pacientes seleccionados puede ser un planteamiento seguro si las cronas son aceptables.

388. CAMBIOS CITOQUÍMICOS DURANTE LA APLICACIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Leal Sanz P, Morán Gallego F, Sánchez Casado M, Marina Martínez L, López de Toro Martín Consuegra I, García Ortiz C y Sánchez Carretero MJ

Complejo Hospitalario en Toledo.

Objetivos: Evaluar la modificación de parámetros analíticos en pacientes con patología neuropsiquiátrica grave que precisan terapia electroconvulsiva (TEC) aplicada en una UCI

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal: 11 meses (febrero 2019-diciembre 2019): pacientes con patología psiquiátrica grave en programa de TEC, en fase aguda y/o mantenimiento. Evaluación previa según protocolo conjunto de Medicina Intensiva y Psiquiatría. Extracción analítica basales y a) en sesiones de n° impar en terapia aguda pre y posprocedimiento; b) en todos los procedimientos de los pacientes en programa de mantenimiento. Análisis de parámetros cardiovasculares (troponina I y NTproBNP), digestivos (GOT, GPT, amilasa y lipasa) y neurológicos (enolasa). Evaluación de resultados

Resultados: Procedimientos: 130. Pacientes: 13: (8/M 5/V) 9 pacientes en fase aguda (reingreso: 1) 2 en mantenimiento, 2 fase aguda seguida de mantenimiento. Etiologías: S. depresivo 8, trastorno bipolar 1, esquizofrenia paranoide 3, trastorno de personalidad Estudio preliminar, incluyendo TC craneal. Sesiones en fase aguda: media 8 (4-17). Edad: media: 61 (34-79). Sedorrelajación: thiopental/succinilcolina. Analgesia: metamizol: 12/paracetamol: 2. No alteración de parámetros cardiovasculares ni digestivos. Detección de enolasa elevada previa a la TEC en 12 pacientes. No modificación con patrón ascendente en sesiones sucesivas en fase aguda ni en sesiones de mantenimiento, lo que apoyaría el concepto de daño neuroestructural de estas patologías ya conocido en el caso de la esquizofrenia paranoide (100% de elevación en el estudio).

Conclusiones: La TEC es una terapia electiva de rescate en enfermedades psiquiátricas graves. Durante su realización se producen cambios fisiopatológicos con repercusión sistémica. En nuestro estudio no se objetivaron cambios citoquímicos que sugieran afectación tisular cardiovascular o digestiva por el procedimiento. Llama la atención en los resultados un aumento de las cifras de enolasa, previo al procedimiento, si bien este dato no permite en este momento la extrapolación a una elevación patológica de dicho marcador en este tipo de enfermedades.

389. RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN NEUROLÓGICA DE LOS PACIENTES CON TCE AL ALTA DE UCI Y SU SITUACIÓN FUNCIONAL TRAS VARIOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

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

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

Objetivos: Evaluar el estado funcional al año y a los tres años en pacientes ingresados en UCI con TCE y su relación con la situación neurológica al alta de UCI.

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

Resultados: Se estudiaron 531 pacientes, mediana de edad 35 años (22-56), APACHE-II 17 (13-23), Glasgow al ingreso 7 (4-10) puntos. Mortalidad hospitalaria del 28,6% y en UCI del 28%. De los 379 pacientes dados del alta del Hospital, en 34 la puntuación en la GCS al alta de UCI era ≤ 8 puntos, en 144 (38%) era entre 9-13 puntos y en 201 (53%) era ≥ 13 puntos. Al año, la situación funcional evaluada con GOS mostraba que el 29,8% era normal (missing 9,2%), 26,1% presentaban disfunción siendo autosuficientes, 25,9% disfunción y no eran autosuficientes, 4% situación vegetativa y 5% habían fallecido. 61,6% de los evaluados tenían buena evolución y 38,4% presentaban mala evolución (fallecido, vegetativo o no autosuficiente). Se evaluaron al año de ingreso en UCI, aquellos que

al alta de UCI tenían GCS ≤ 8 puntos (n = 31), 90% habían fallecido o tenían mala situación funcional. Con GCS entre 9-13 puntos (n = 142), 53% habían fallecido o tenían mala situación funcional. Aquellos con ≥ 13 puntos (n = 171), 17% habían fallecido o tenían mala situación funcional y 83% presentaban buena situación (normal o disfunción pero autosuficientes) (p < 0,001). Se evaluó la situación funcional a los 3-4 años al alta de UCI en 293 pacientes (23% missing): 45,1%, 23,2%, 18,4%, 3,4% y 9,9% en las categorías normal, disfunción pero autosuficientes, disfunción no autosuficientes, vegetativos y fallecido respectivamente. 68,3% de los evaluados presentaban buena evolución (normal o disfunción pero autosuficientes) y en 31,7% mala evolución (fallecido, vegetativo o no autosuficientes). Al evaluar a los 3-4 años de alta de UCI con la Escala Glasgow, aquellos con GCS ≤ 8 (n = 23), 82,6% habían fallecido o presentaban mala situación funcional. Con GCS entre 9-13 (n = 133), 37,6% habían fallecido o tenían mala situación funcional. Mientras que con GCS ≥ 13 (n = 137), el 17,5% habían fallecido o tenían mala situación funcional y 82,5% tenían buena situación funcional (p < 0,001).

Conclusiones: Al alta de UCI, la puntuación en la escala de Glasgow está muy relacionada con la situación funcional al año y a los 3-4 años del ingreso. En los enfermos que presentaban puntuaciones entre 13-15 puntos, más del 80% estaban vivos y con buena situación funcional.

390. ¿EXISTE EL SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA (SEG) EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO?

Pardo Peña G^(a), Matachana Martínez M^(b), Mejuto Montero N^(a), Taboada Fraga X^(a), Novo Carral A^(a), Gámez Zapata J^(a), Rey Abalo M^(a), Mosquera Fajardo I^(a), Tabuyo Bello T^(a) y Cordero Lorenzana L^(a)

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

Objetivos: A propósito de un caso: revisar en los politraumatizados el síndrome de embolia grasa.

Métodos: Medicina Intensiva del CHUAC (Colaboradores RetraUCI). Enero 1994 a enero 2020. Retrospectivo y descriptivo. Politraumatizados con SEG: 22 pacientes. Morbimortalidad.

Resultados: Politraumatizados UCI con SEG: 22 casos (2,97%): varones (32,5 años), antecedentes (1 hepatopatía y 2 HTA). ISS 23,24 y APACHE II 15,62. Causa: tráfico (81%), coche (38%) y atropello (19%). Áreas: TCE (66,7%); torácico (42,9%); vertebral (23,8%); abdominal (33,3%); pélvico (19%) y ortopédico (95,2%): 21 extremidad inferior (EII) (con 16 fémur) y 7 superior. Fracturas cerradas (66,7%) y rabiomiolisis (90,5%). Fijación 76,2% de EII: cirugía (52,4%) y externa (23,8%). Profilaxis con HBPM 78,9%. SEG: neurológico (95,2%); fiebre (81%); respiratoria (81%) con ventilación mecánica 85,7% (I 71,4% y NI 14,3%); petequias (61,9%); alteración coagulación 52,4%. Tiempo entre traumatismo y SEG 2 días (4,1 \pm 7,4). Diagnóstico: TAC craneal (66,7%) lesiones en 3 pacientes; en TAC torácico (28,6%) lesiones en 3 (infiltrados bilaterales); fondo ojo 4 (alterado en 3). Mortalidad: 27,3% (5 UCI y 1 planta): insuficiencia respiratoria/SDRA 2 y fracaso multiorgánico 4 pacientes. Factores y mortalidad: edad (22 vs. 28,5 años); HTA (20% vs. 6,3%); ISS y APACHE II (35,2 vs. 19,5 y 20,4 vs. 14,1); caída (20% vs. 6,3%); fractura abierta (60% vs. 25%); TCE (80% vs. 62,5%); no tratamiento-fracturas (80% vs. 6,3%); pacientes con fijación externa (0 exitus), cirugía (1/11 exitus); infarto cerebral (33,3% vs. 18,2%) e insuficiencia respiratoria (100% vs. 75%) con VMI (100% vs. 62,5%).

Conclusiones: 1. El SEG afecta a politraumatizados jóvenes con fracturas de huesos largos, principalmente extremidades inferiores no fijadas o intervenidas. 2. Poco frecuente con morbimortalidad elevada, es importante la sospecha clínica apoyada en pruebas diagnósticas. 3. Es importante la prevención y el soporte vital.

391. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL EMPLEO DEL NEXOBRID®

Mourelle Vázquez L, Ugalde Gutiérrez M, Corera Cía M, Béjar Alonso MI, Rivas Bilbao A, Panera Martínez E, González Redondo A, Hoya González C, Contreras Martínez MC y Serna Grande P

Hospital Universitario de Cruces en Barakaldo.

Objetivos: Describir la experiencia en el Hospital de Cruces con el desbridamiento enzimático en quemaduras de 2° grado intermedio-profundo.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye a los pacientes ingresados entre agosto de 2018 y enero de 2020 en la Unidad de

Grandes Quemados, con quemaduras de 2º grado intermedio-profundo, a los cuales se les ha realizado desbridamiento enzimático. Se recogieron las siguientes variables: datos antropométricos, mecanismo lesional, profundidad de la quemadura, cultivos, tratamientos administrados (analgesia, ventilación, hemoderivados, cirugía, escarotomía, antibioterapia...), duración del ingreso y tiempo hasta epitelización completa.

Resultados: Se analizaron 35 pacientes, con edades comprendidas entre 17 y 76 años, con superficie corporal quemada entre el 1 y 60%. El mecanismo lesional más frecuente fue la llama, en un 62% de ellos. La tasa de desbridamiento exitoso fue de casi el 100%, necesitando solo en un caso la repetición parcial de la terapia por aplicación inadecuada del producto. Del total, 16 pacientes precisaron cirugía de cobertura a pesar del correcto desbridamiento debido a la profundidad de sus quemaduras. En estos, se observó mayor necesidad de hemoderivados, siendo transfundidos en las primeras 72h poscirugía un 43% de ellos, mientras que tras tratamiento con Nexobrid® no se precisó transfusión en ningún caso. La tasa de infección respiratoria fue del 20%, todas en pacientes intubados, donde este porcentaje aumenta hasta un 46% (5 neumonías y 2 traqueo-bronquitis con microorganismo aislado). Hubo también dos casos probados de bacteriemias de origen en partes blandas, causadas ambas por *E. cloacae*. La mediana de la estancia en la Unidad fue de 14,5 días y la mediana de tiempo hasta epitelización completa fue de 31,5 días.

Conclusiones: No se observaron efectos secundarios graves tras administración de Nexobrid®. La tasa de desbridamiento eficaz es muy elevada y es una terapia poco cruenta. Las infecciones respiratorias son mucho más frecuentes en los pacientes en ventilación mecánica, muchos de los cuales presentan probable alteración de la mucosa de la vía aérea por síndrome de inhalación.

392. ANÁLISIS EVOLUTIVO DEL RETRASO EN EL TRASLADO DEL TRAUMA GRAVE AL HOSPITAL DE REFERENCIA DE TRAUMA DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

Celaya López M, Jiménez Moragas JM, Fernández Cuervo A, Salas Martín J y González Cruzado L. Grupo de investigación: RETRAUCI

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Descripción de los datos demográficos de los traumas graves ingresados en nuestro centro desde 01/01/2016 hasta 31/12/2019 así como de la evolución del retraso en el traslado hasta nuestro centro.

Métodos: 185 pacientes con el diagnóstico de trauma grave que acaban ingresando en nuestro centro. Datos objetivos del registro RETRAUCI de la SEMICYUC. Análisis realizado con SPSS®. Resultados. Edad media 46,05 ($\pm 13,61$). 79,5% varones. RTS 6 ($\pm 1,82$). ISS 23 ($\pm 13,30$). 43,8% proceden de otro hospital. 30,8% extrahospitalaria. 19,6% urgencias. 5,4% quirófano. Tipo de asistencia. 81,1% UVI móvil primaria o de traslado. 5,4% helicóptero primario o de traslado. Demora media 3,8664 (2016: 3,95 \pm 3,31; 2017: 3,09 \pm 2,58; 2018: 4,07 \pm 3,39; 2019: 4,36 \pm 3,45).

Conclusiones: Seguimos manteniendo tiempos de traslado a hospital de referencia muy elevados, con una media de casi 4h y una mediana más cercana a las 3h. Estos datos han empeorado incluso en los dos últimos años. La causa fundamental es la dispersión geográfica de los hospitales respecto al hospital de referencia junto a una tasa de uso muy baja de los medios aéreos tanto primarios como para traslado secundario.

423. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA INGRESADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL (2014-2019)

Marcote Denis B, García Cruz MC, Gómez García B, León Montañés L y Guerrero Altamirano AJ

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Análisis descriptivo de los pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel por hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea durante 5 años.

Métodos: Análisis retrospectivo. Periodo: enero 2014-diciembre 2019. Variables: rasgos de la población, factores de riesgo, situación al ingreso, características de la hemorragia, tratamiento, complicaciones y evolución clínica.

Resultados: Se obtiene una muestra de 114 pacientes con mediana de edad 55 años; 62,3% mujeres y 36,8% hombres; 37,7% fumadores; y 9,6% consumidores de otros tóxicos; 35,1% hipertensos; 10,5% diabéticos; 25,4% con dislipemia; 4,4% anticoagulados y 6,1% antiagregados. El Apa-

che al ingreso fue de 20 puntos de mediana. De los pacientes ingresados un 86% presentaban HSA Fisher IV; 35,4% WFNS V y 30,1% WFNS IV. El síntoma inicial más frecuente fue cefalea (56,7%) seguido de deterioro del nivel de conciencia (29,8%). El Glasgow Score inicial fue igual o menor de 8 puntos en el 50,9% de los pacientes. Al ingreso 48,2% sufrieron crisis hipertensiva; 14% shock o parada cardíaca. La arteria más frecuentemente afectada fue la comunicante anterior (26,3%) seguida de cerebral media izquierda (13,2%). En un 7,9% de casos no se diagnosticó aneurisma ni malformación causante y 14,9% presentaron aneurismas múltiples. Respecto al tratamiento, el 52,9% se embolizaron en las primeras 24 horas tras el diagnóstico; 22,8% más allá de las 24 horas con una mediana diagnóstico-embolización de 24 horas; 6 pacientes precisaron clipaje quirúrgico y 2 tratamiento mixto. En relación con las complicaciones, 51,8% de los pacientes desarrollaron hipertensión intracraneal de los cuales 6,8% precisaron craniectomía descompresiva; 36,8% hidrocefalia; 13% vasoespasmo y no hubo ningún caso de resangrado. La mortalidad en UCI fue de 32,5% y hospitalaria 33,3%, de los cuales un 25,4% desarrollaron muerte encefálica. Entre los supervivientes 24,6% presentaron un Glasgow Outcome Scale de 5 puntos; 19,3% 3 puntos y 14,9% de 2 puntos.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestra unidad por hemorragia subaracnoidea espontánea presentaron destacable gravedad al ingreso y elevada incidencia de complicaciones así como morbimortalidad.

424. EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ QUE INGRESA EN UCI EN CANTABRIA

Peñasco Martín Y, López Sánchez M, Feo González M, Cuenca Fito E y Ortiz Lasa M

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que ingresaron en UCI con síndrome de Guillain-Barré (SGB) en Cantabria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de Guillain-Barré en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2018. Se excluyeron los menores de 18 años y aquellos pacientes con sospecha de diagnóstico alternativo al SGB al alta.

Resultados: 31 pacientes. 21 varones (67,7%). La edad media fue de 63,26 \pm 16,02 años (rango: 30-84 años). La puntuación media en la escala APACHE II fue de 12,16 \pm 6,19 puntos. Fallecieron 14 enfermos (45,2%). La principal causa de muerte (19,4%) fue la insuficiencia respiratoria, seguido de fracaso multiorgánico y shock séptico, (6,5%). Otras causas fueron la embolia pulmonar o infarto agudo de miocardio, (3,2%). La forma de SGB más observada es la desmielinizante (51,6%), seguida del AMSAN (16,1%) y AMAN (12,9%). La patología previa más observada relacionada con el inicio de la enfermedad fue la infección respiratoria (35,5%) y la diarrea (25,8%). El 80,6% precisó IOT y el 29,0% la utilización de aminas vasoactivas. Las complicaciones infecciosas fueron frecuentes (67,7%), así como el desarrollo de disautonomía (64,5%). La rehabilitación pudo realizarse en 19 pacientes (63,3%), 8 de los cuales (25,8%) la iniciaron en la UCI. La recuperación completa únicamente se observó en el 16,1% de los pacientes. Se empleó tratamiento con inmunoglobulina en el 90,3%. 9 pacientes (29,0%) precisaron tratamiento de rescate, 8 con Igs (25,8%) y 1 con plasmaféresis (3,2%).

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en UCI con diagnóstico de SGB presentan alta mortalidad (45,2%) y morbilidad, presentando una recuperación completa tan solo en el 16,1% de los casos. La causa principal de muerte es la insuficiencia respiratoria. La forma clínica más frecuente es la desmielinizante. Como desencadenante en nuestra muestra la infección respiratoria fue más frecuente que la clásica diarrea. Las inmunoglobulinas son el tratamiento de primera línea.

425. EXPERIENCIA A UN AÑO CON EL IMPLANTE DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

Objetivos: Valorar nuestra experiencia en el manejo del drenaje ventricular externo (DVE), tasa de infecciones, complicaciones derivadas del mismo y mortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 21 pacientes del total de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva durante el año 2019, los cuales precisaron el implante de un DVE. Se analiza con el programa SPSS y expresamos nuestros resultados en mediana y porcentajes.

Resultados: El perfil de nuestros pacientes fue en su gran mayoría varones (85,7%) con una mediana de edad de 60,5 años; escasa comorbilidad (hipertensión arterial en el 28,6%, diabetes mellitus 19%, dislipemia en 14,3%, anticoagulación previa en 14,3% y con dispositivo de drenaje ventricular previo en el 9,5% de los casos) y con un APACHE II al ingreso cuya media es 18. El principal motivo de implante fue para control de presión intracraneal (PIC) en el 76,2% (16 casos); seguido de administración intratecal de fármacos en el 9,5% (2 casos) y para neuromonitorización en el 4,8% de los casos. La mediana de días de mantenimiento del catéter fue de 17,5 días; con recambio a nuevo DVE en 2 de los casos por salida accidental y obstrucción del mismo respectivamente. Como complicaciones, observamos infección del líquido cefalorraquídeo con aislamiento de microorganismos en el 47,6% (10 casos), con predominio de enterobacterias entre los gérmenes más frecuentes (19% del total de infecciones registradas), con un 9,5% de casos (2 casos) en los que se aíslan bacilos gramnegativos y otro 9,5% con aislamiento de gérmenes grampositivos. Por otro lado, dentro de las complicaciones derivadas de la inserción se produce sangrado en el 14,8% (3 casos), y como complicación en el contexto de una craniectomía descompresiva, hipopresión del LCR en el 4,5% (1 caso). La estancia media en UCI fue de 30,5 días y obtuvimos una mortalidad total intrahospitalaria del 23,8%. Observamos que a mayor número de días de inserción del catéter existe mayor infección y mayor mortalidad sin significación estadística ($p = 0,6$; $p = 0,3$).

Conclusiones: Presentamos mayor tasa de infecciones relacionadas con DVE a la recogida en la literatura, sin embargo no encontramos relación entre la incidencia y el tiempo de inserción o la mortalidad; probablemente la causa sea el pequeño tamaño muestral sin poder descartar otros factores extrínsecos. Es conveniente ampliar el estudio para conseguir extrapolar nuestros resultados.

426. PARADA CARDIACA COMO DEBUT DE UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

Galarza Barrachina L, Viana Marco C, González Nuñez A, Díaz Tormo C, Catalán Monzón I, Sánchez Tomas B, Rodríguez Portillo J y Vidal Tegedor B

Hospital General Universitario de Castellón en Castellón de la Plana.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea es una causa relativamente frecuente de parada cardiorrespiratoria (PCR) en pacientes jóvenes (< 60 años). Una sospecha clínica y un diagnóstico precoz podrían evitar pruebas complementarias innecesarias.

Objetivos: Evaluar la incidencia y las características de los pacientes con PCR secundaria a una HSA espontánea.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una unidad de cuidados intensivos polivalente que incluye pacientes desde enero 2010 hasta diciembre 2019. Se recogieron variables demográficas, de episodio y resultado. Los datos se analizaron con STATA 14.2.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 158 PCR de las cuales 55 fueron en menores de 60 años. En estos, se identificó en 7 pacientes (13%) que la causa era una HSA espontánea, 71,4% con aneurisma. El 85,7% eran mujeres con una edad mediana de 47 años (RIQ 42-54). La gradación en la escala Fisher fue III o IV. Los ritmos de parada fueron no desfibrilables, 85,7% por asistolia. 5 de los pacientes presentaban posteriormente ECG con alteraciones en el segmento ST o en la onda T. La movilización enzimática cardiaca solo apareció en 3 pacientes y solo 1 presentó alteraciones de la contractilidad o depresión de la fracción de eyección. A 6 de los pacientes se les realizó cateterismo cardiaco sin objetivar lesiones. Todos los pacientes fallecieron durante su estancia en UCI, que fue de mediana de 3 días (RIQ 1-4). 6 pacientes fallecieron en muerte encefálica, el 50% fueron donantes, y 1 por PCR no recuperada.

Conclusiones: La HSA espontánea es una causa no despreciable de PCR en pacientes jóvenes, sobre todo si presentan una PCR por un ritmo no desfibrilable. La realización de un TAC previo al cateterismo, evitaría pruebas innecesarias. Desgraciadamente, el pronóstico sigue siendo ominoso.

427. ¿SON LAS DOSIS ADMINISTRADAS DE FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS (FAE) EN EL ESTADO EPILÉPTICO CONVULSIVO (EEC), PREVIAS A SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), ADECUADAS, SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE MEJOR PRAXIS MÉDICA?

Álvarez Martínez B, Martínez Jiménez C, Merayo Macías E, de Celis Álvarez Á, Patallo Diéguez D, Álvarez Pérez TL, Otero Alvarín E, Abad González R, Prieto de la Rosa JL y Dávila Macías F

Hospital El Bierzo en Ponferrada.

Objetivos: Comparar las dosis de fármacos antiepilépticos de segunda línea que se administran en pacientes con EEC antes de su ingreso en la UCI del Hospital El Bierzo (9 camas en centro de II nivel asistencial) con las dosis recomendadas en las diferentes publicaciones y guías clínicas.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye 5 variables de 26 episodios con EEC ingresados entre 1/1/2016 y 31/12/2019 en la UCI del Hospital El Bierzo. Se determinan las dosis de FAE (segunda línea de tratamiento) administradas antes del ingreso en UCI, ajustadas a peso, y se comparan con las recomendadas según la mejor praxis médica¹. Datos de la historia clínica.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Caso	Peso	² VAL, mg	FT, mg	LEV, mg	LAC, mg
1	85	1.800 =			200 <
2	90				
3	90	1.600 <		1.000 <	
4	66	1.400 =		1.500 <	200 <
5	80	1.200 <			
6	68	1.600 =		1.000 <	200 <
7	70	800 <	1.200 <	1.000 <	200 <
8	90	1.600 <		1.500 <	200 <
9	90	1.600 <		1.500 <	200 <
10	85	1.600 <		1.500 <	200 <
11	45			1.000 =	
12	70			1.000 <	400 =
13	51				200 <
14	109			1.000 <	400 <
15	64				
16	61		1.000 =	1.500 =	
17	60				
18	91	1.800 =		750 <	
19	62			500 <	
20	69			3.000 =	
21	85				400 =
22	80			1.000 <	
23	76			1.000 <	
24	85			1.000 <	
25	64				400 =
26	45			1.500 =	200 <

¹Dosis según mejor praxis médica: mg/kg. ²El signo al lado de cada cifra indica si es menor, mayor o igual a esta. VAL: valproato¹ (20-40), FT: fenitoína¹ (15-20), LEV: levetiracetam¹ (30-60), LAC: lacosamida¹ (5-6).

Conclusiones: La mayoría de dosis administradas (31 de 43 totales, 72%) están por debajo de las recomendadas, 12 (28%) son adecuadas y en rango mínimo de dosis. De los 10 episodios con VAL (38%), 4 (40%) son adecuadas; FT reciben 2 (7%), 1 (50%) adecuada; LEV 18 (69%) con 4 (22%) adecuadas; LAC 13 (50%) con 3 (23%) adecuadas. Se sugiere recomendar a los servicios previos a UCI dosis adecuadas de FAE y si es posible cercanas a máximas (mayor potencia) para intentar controlar los EEC cuanto antes (30 min. generalizados/60 min. en focales). Ahorraría ingresos y evitaría secuelas neurológicas en los pacientes.

622. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA 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), Rodríguez González MA^(a), Secaduras Arbelo TM^(a), Martín Velasco MM^(a), Castellano Pérez RM^(a), Martín Miranda J^(a), Estupiñán Díaz A^(a) y Clemente López F^(a)

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

Objetivos: Reportamos un análisis descriptivo de nuestra experiencia en los 100 primeros casos de tratamiento endovascular mediante trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo 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.

Resultados: En nuestra muestra de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica encontramos un 62% de sexo masculino y un 38% de sexo femenino, con una edad media de 66 años (32-89 años). El 94% de los ictus se localizaron en territorio vascular anterior y el restante 6% en el posterior. La revascularización satisfactoria (TICI 2b-3) se objetivó en un 80% de los casos. El NIHSS al ingreso presentaba una mediana de 16 (rango intercuartílico 11-19). Presentaron mejoría del NIHSS posprocedimiento un 36% de los pacientes y una mejoría neurológica significativa (descenso del NIHSS más de 4 puntos) en un 34%. La duración media del procedimiento fue de 55 minutos, con una mediana de 37,5 minutos (rango intercuartílico de 23,25-73,75 minutos), con una media de 2,4 pases por trombectomía mecánica (mediana 2 pases).

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, ya en la curva de aprendizaje de la técnica, ofrece resultados favorables y esperanzadores. Aunque las indicaciones de la técnica están establecidas, se debería individualizar cada caso y valorar si la situación clínica del paciente se puede beneficiar del procedimiento.

623. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS CEREBRAL AGUDO Y LA ESCALA NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE) AL INGRESO 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), Estupiñán Díaz A^(a), Rodríguez González MA^(a), Secaduras Arbelo TM^(a), Castellano Pérez RM^(a), Marinero Colonna A^(a), Medina Cabrera N^(a), Rodríguez Ramos ST^(a) y Martín Miranda J^(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 la escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) al ingreso 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 NIHSS al ingreso, 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).

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), NIHSS al ingreso de media 15,26 (DE 5,28). Correlación de Pearson 0,055 (p 0,70). Grupo 2: tiempo del pro-

cedimiento media de 49,9 minutos (DE 51,37), NIHSS al ingreso de media 15,08 (DE 4,69). Correlación de Pearson 0,173 (p 0,23).

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 es casi inexistente la correlación existente entre la escala NIHSS al ingreso con el tiempo empleado en el procedimiento, en ambos grupos de tratamiento.

Pósteres pantalla

Organización/Gestión/Calidad

103. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN UCI EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE INGRESO

Estella García A^(a), Gracia Romero M^(a) y Recuerda Núñez M^(b)

^(a)Hospital Universitario de Jerez en Jerez de la Frontera. ^(b)Hospital Universitario de Puerto Real en Puerto Real.

Objetivos: Los objetivos del presente estudio son describir las características clínicas de los pacientes ingresados en UCI que fallecen dentro de las primeras 48 horas de ingreso y analizar los factores relacionados con su mortalidad precoz en UCI comparándolos con los pacientes que fallecen pasado este tiempo.

Métodos: Estudio realizado en una UCI médico quirúrgica de 17 camas durante un periodo de un año. Los criterios de inclusión fueron aquellos pacientes fallecidos en UCI, se clasificaron en función de si el exitus se produjo en las primeras 48 horas de ingreso. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, comorbilidad, APACHE II al ingreso, procedencia del ingreso, necesidad de tratamientos de soporte, diagnóstico y limitación de tratamiento de soporte vital. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v18. Las variables cuantitativas se describen en media \pm desviación media y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: 1.311 pacientes ingresaron en UCI durante el periodo de estudio, fueron incluidos 138 que fallecieron. 72 (52,2%) fallecieron en las primeras 48 horas de ingreso. En ambos grupos, la mayoría recibió tratamiento de soporte respiratorio con ventilación mecánica invasiva y vasoactivos sin que encontráramos diferencias significativas entre ellos. En la tabla se muestran las características de los pacientes.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes fallecidos en UCI ocurre en las primeras 48 horas de su ingreso. La gravedad al ingreso fue el principal factor relacionado con la mortalidad precoz.

104. UTILIDAD DE UNA SALA MULTIFUNCIONAL DE UNA UCI POLIVALENTE

Villa López IM, Márquez Fernández M, Recart Batrakova EL, González Suárez MJ y Llanes Fernández de la Cueva G

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

Objetivos: Las Unidades de Medicina Intensiva desarrollan multitud de tareas de difícil cuantificación y que consumen recursos humanos y

Tabla Póster 103		
	Fallecidos 1ª 48 horas n: 72	Fallecidos tras 48 horas. n: 66
Edad	65,16 \pm 16,7	66,01 \pm 10,8
Índice de Charlson	4,1 \pm 2,28	4,8 \pm 2,19
APACHE II al ingreso en UCI	27,31 \pm 7,84	19,98 \pm 7,66
Sexo (% hombres)	59,7%	74,2%
Origen: Planta médica	26,4%	34,8%
Planta quirúrgica	12,5%	15,2%
Urgencias	48,6%	33,3%
Otro hospital	8,3%	16,7%
Diagnóstico de ingreso más frecuente	Shock séptico 16,7%	Shock séptico 25,8%
	Ictus 16,7%	Ictus 19,7%
	Parada cardíaca 15,3%	Posoperatorio Cirugía general 15,2%
Limitación tratamientos de soporte vital	19,4%	37,9%