



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## O-106 - EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE DIFERENTES MODELOS PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO MODERADO-GRAVE EN UNA COHORTE HISTÓRICA

M.O. Anka Tugbiyele, J.A. Aibar Durán, R. Sánchez Nevado, B. Freixer Palau, M. Sánchez Casas, X. Borrás Pino, C. de Quintana Schmidt y F. Muñoz Hernández

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

### Resumen

**Objetivos:** Ante la multitud de modelos pronósticos en el paciente poli-traumático con traumatismo cráneo-encefálico moderado-grave, se analizó y se comparó la capacidad predictiva de diferentes modelos para predecir la muerte/discapacidad a los 12 meses.

**Métodos:** Se recogen de manera retrospectiva pacientes ingresados entre 2017 y 2021 con TCE y GCS en la evaluación inicial o a su llegada al hospital ? 12 recogidos en nuestro registro electrónico hospitalario. Se descartan casos en que no se realizan medidas antihipertensión intracraneal por muerte evidente, ausencia de GCS inicial o retirada inmediata de sedación al detectar ausencia de lesiones intracraneales o sistémicas que lo justifiquen. En cada paciente se recogen los siguientes modelos pronósticos: Injury severity, New injury severity, IMPACT(core+ct+lab), CRASH, GCS-PACT y el score radiológico de Helsinki aplicado al modelo clínico de Steyerberg. Se compara su capacidad de predicción del GOSE a los 3, 6 y 12 meses.

**Resultados:** Se recogen 65 pacientes, 77% de hombres y 33% de mujeres, una edad media de 45,81 años (rango 18 a 83), 41,82% mueren en los siguientes 12 meses mientras que 50,91% presentan un desenlace desfavorable(GOSE ? 3). Los TCE graves son 90,14% de los casos mientras que 9,86% son moderados. En nuestra muestra, el modelo pronóstico que mayor predice la aparición de desenlaces desfavorables a los 3, 6 y 12 meses es el de CRASH (AUC: 0,856; IC95%: 0,748-0,965) seguido Helsinki añadido al modelo clínico de Steyerberg (AUC 0,799; IC95%: 0,677-0,921), en tercer lugar, el IMPACT score (AUC: 0,704; IC95%: 0,557-0,851).

**Conclusiones:** Las escalas pronósticas son instrumentos útiles de fácil aplicación en el contexto de urgencias. La decisión de elegir entre ellos dependerá de las características de la población de interés. En nuestra población, la escala CRASH presenta la mejor correlación con la mortalidad y una evolución desfavorable a los 3, 6 y 12 meses.