



V-271. - TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA EN EL HEMATOMA RETROPERITONEAL

M. de Castro Martínez¹, M. Torres Arrese¹, P. Kessler Sáiz¹, I. Gredilla Zubiría¹, M. Hernández Jiménez¹, J. Vargas Romero¹, J. Martínez Ávila¹, C. Gómez Cuervo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la supervivencia en los pacientes con hematoma retroperitoneal (HRP) en relación con el servicio de procedencia y la etiología del cuadro.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal que recoge 30 pacientes ingresados en el Hospital 12 de Octubre de Madrid desde 2004 a 2010 con diagnóstico de hematoma retroperitoneal pudiendo ser ésta la causa del ingreso o no. Se recopilaron diferentes variables sobre epidemiología, etiología del HRP, servicio de procedencia, días de estancia media, días hasta el diagnóstico del HRP, tratamiento y evolución. Los datos se obtuvieron a partir de los informes de alta de los pacientes. El análisis estadístico descriptivo se presenta como frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y media para las variables cuantitativas con un intervalo de confianza del 95%; en los casos de dispersión se utiliza la mediana para las variables cuantitativas. Se usó la prueba t de Student y ANOVA, para comparar medias entre grupos y la prueba exacta de Fisher y la prueba del ji cuadrado para proporciones con un nivel de significación $p < 0,05$ para un intervalo de confianza del 95%. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados: De los 30 pacientes 19 eran varones (63,3%). La media de edad era de 69 años (IC95%: 63,3-75,3). Los Servicios de procedencia fueron: Medicina Interna (58,6%), Urología (10,3%), Nefrología (10,3%), UVI (10,3%) y Cirugía General (6,9%). Respecto a la evolución: el 43,3% de los pacientes fallecen, el 56,7% son dados de alta; y de éstos últimos, 4 pacientes (13,8%) desarrollan secuelas graves. El 30% de los pacientes precisan ingreso en UVI. Para analizar la etiología, se ha dividido la muestra en dos grupos: hematoma retroperitoneal espontáneo secundario a anticoagulación con un 60,7% y hematoma retroperitoneal no relacionado con anticoagulación con un 39,3% de los casos. No hay diferencias significativas en la mortalidad en función de la etiología. El 35,3% de los pacientes que desarrollan hematoma espontáneo secundario a anticoagulación fallecen, frente a un 36,4% de los no relacionados con la anticoagulación. No hay diferencias significativas en la mortalidad en función de la etiología ($p = 0,296$). Tampoco hay diferencias significativas en la mortalidad según el servicio en el que esté ingresado el paciente. El 50% de los ingresados en cirugía general fallece, el 35,3% de los hematomas ingresados en medicina interna fallecen, el 33,3% de los ingresados en nefrología fallecen ($p = 0,255$). El 30% de la población en estudio precisa cuidados intensivos o procede de la UVI. De los que están en UVI, fallecen el 55,6%, comparado con el 33,3% que no precisan UVI ($p = 0,255$). Los tratamientos más frecuentes son: transfusión de hematíes (96,4%), suero salino fisiológico (68%) y expansores plasmáticos (52%). El

33,3% de los pacientes precisa drogas vasoactivas. Sólo al 36,7% de los pacientes se le realizó un tratamiento intervencionista (cirugía al 16,7%, punción-TC al 6,7%, embolización al 13,3%). El resto (63,3%) fue manejado de manera conservadora. El tiempo medio hasta que se realiza el diagnóstico del hematoma retroperitoneal es: 7,46 días (IC95%: 4,06-10,87). La estancia hospitalaria media es de 21,7 días (IC95%: 16,5-26,9).

Conclusiones: El hematoma retroperitoneal es una entidad poco frecuente, que se asocia a una elevada mortalidad y morbilidad, y a una larga estancia media. No se han encontrado diferencias significativas en la mortalidad en función de la etiología o servicio de procedencia, probablemente secundario al reducido tamaño muestral. La mayoría de los hematomas se tratan de manera conservadora (estabilización hemodinámica mediante el aporte de fluidos y sangre) y de los tratamientos intervencionistas el más frecuente es la cirugía abierta; sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a las distintas opciones terapéuticas.