



EA-011 - DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS (MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA) CON EL DIAGNÓSTICO DE HEMATOMA SUBDURAL TRAUMÁTICO (HSD). ANÁLISIS DE COMORBILIDAD Y MORTALIDAD

A. Valcárcel Alonso, E. Botella Moreno, A. Jiménez Domínguez, E. Monleón Rivera, P. de Miguel Novoa, J. Pedrajas Navas, F. Tornero Romero y Á. Molino González

Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Con frecuencia se producen ingresos en servicios médicos con el diagnóstico de HSD postraumático desestimados inicialmente para cirugía. Pretendemos describir el perfil clínico y pronóstico de los pacientes ingresados en Medicina Interna y Geriatria con el diagnóstico de HSD y desestimación inicial para cirugía, la prevalencia de ECC (Índice Paliar) y EPP (índice Profund) así como analizar las diferencias de los pacientes con criterios de ECC y PP y la relación de estos con las variables pronósticas.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de HSD en el Hospital Clínico San Carlos en un periodo de 3 años en geriatría y medicina interna. Se analizaron variables de presentación, factores de riesgo, comorbilidad (Charlson), cronicidad compleja-ECC (índice Paliar) y pluripatología-EPP (índice Profund).

Resultados: Se seleccionaron 117 pacientes, la edad mediana fue 85 (85-89,5) años, el 90,6% sufrió caída de baja energía, tomaban una mediana de 6 (4-9) fármacos. Estaban anticoagulados 28,3%, antiagregados 29,9% y ambos 5,1%. Tomaban benzodiazepinas 28,2%, opioides 7,7%, antidepresivos 23,1%, neurolépticos 11,1% y 16,3% dos o más. Consumo excesivo de alcohol el 7,7% e hiponatremia crónica el 9,4%. Se presentaron con focalidad neurológica 17,9%, con un Glasgow medio de 13,3 (3,5), el 18,8% presentaban desplazamiento de la línea media y 60,7% presentaban lesiones asociadas en el TAC. 3,4% fueron intervenidos de forma diferida. El índice de Charlson fue ≥ 3 en 31,6%, presentaban ECC 6,8% con un Paliar de 4,93 (2,95) y EPP el 26,5% con un Profund de 10,1 (4,66). Se produjo reingreso precoz 12,9%. La mortalidad fue del 26,5%. En el análisis multivariante se demostraron como predictores de muerte el grosor del hematoma ≥ 10 mm OR 6,2 (2-19,6) y el Glasgow al ingreso ≤ 12 OR 26,2 (6,2-109,9), R2 0,55, $p < 0,005$.

Discusión: Nuestro trabajo trata sobre pacientes en los que la decisión no quirúrgica se toma al ingreso tras la evaluación por Neurocirugía. En estos pacientes la situación neurológica a su llegada a urgencias y el tamaño del hematoma son los dos factores predictores independientes de mortalidad. Es probable que la decisión se tomara en base a dos tipos de razones, en un grupo de pacientes una estimación de buen pronóstico sin cirugía y en otro, un muy mal pronóstico

independientemente de la cirugía unido a un alto riesgo quirúrgico, lo que explica la distribución bimodal de ambas variables, quizá siendo intervenidos pacientes lejos de ambos extremos de la distribución (que en nuestra muestra se asignan a supervivientes Glasgow alto y grosor pequeño- y fallecidos -justo al revés). Es llamativo el hecho de que la comorbilidad y cronicidad compleja/pluripatología no se asociaran independientemente a mortalidad, lo que sin duda debe hacernos reconsiderar ambas variables en los protocolos de actuación.

Conclusiones: Más de un tercio de los enfermos ingresados en el área médica por HSD desestimados inicialmente para cirugía reunían criterios de ECC o PP, estos últimos con un índice pronóstico Profund superior a 7. El índice de Charlson fue alto o muy alto en más del 30% de los casos. La mortalidad (26,5%) se relacionó de forma independiente y positiva con la puntuación de la escala Glasgow menor o igual a 12 al ingreso y con grosor del hematoma igual o superior a 10 mm.