

XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SEMICYUC

Martes 14 de mayo

Sesión temática		16:00 h - Sala Bahía SDRA - Miscelánea	167-172
12:00 h - Sala Itálica Epidemiología de la patología neurotraumática	153-156	16:00 h - Sala Ronda Gestión	177-182
12:00 h - Sala Bahía Neumonía asociada a ventilación mecánica	163-166	Pósters	
12:00 h - Sala Ronda SDRA - Reclutamiento alveolar	173-176	Síndrome coronario agudo I	193-206
12:00 h - Sala Marismas Ventilación no invasiva	183-186	Síndrome coronario agudo II	207-219
Comunicaciones orales		Ventilación no invasiva - Sedación	221-239
16:00 h - Sala Albaicín Cuidados postoperatorios en cirugía cardíaca	187-192	Pósters seleccionados	240-253
16:00 h - Sala Itálica Síndrome coronario agudo	157-162	Gestión	254-268
		RCP - Trasplante y miscelánea cardiovascular	269-282 bis
		Nutrición y nefrología	283-293
		Marcapasos y arritmias	294-307
		Miscelánea - Patología crítica	308-326

Epidemiología de la patología neurotraumática 153

COMPLICACIONES GENERALES EN LA EVOLUCIÓN DE LAS HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS (HSA) ESPONTÁNEAS EN ANDALUCÍA. RESULTADOS FASE PILOTO

M.A. Muñoz Sánchez, C. García Alfaro, J.M. Jiménez Moragas, C. Pérez Paredes, R. Aragonés Manzanares, GRUPO EHSA
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Conocer la incidencia, características clínicas y pronóstico de las complicaciones evolutivas neurológicas de la HSA espontánea en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Población y métodos: Estudio prospectivo multicéntrico desarrollado en tres meses, por el Grupo Estudio de HSA de Andalucía en 30 Hospitales de la red autonómica. Se incluyeron 87 pacientes, ingresados en los SSCCYU, diagnosticados de HSA espontánea. Las variables de estudio fueron las complicaciones neurológicas (resangrado, vasoespasmos e hidrocefalia, deterioro neurológico isquémico (DNI), el significativo (DNS), infarto, meningitis y convulsiones, edad, escala de Hunt-Hess, sexo, asistencia tardía y la mortalidad. Se realizaron análisis bivariantes mediante la χ^2 de Pearson.

Resultados: Complicaciones neurológicas aparecieron en el 47% de los pacientes. Un 40% pacientes con HSA presentaron complicaciones extraneurológicas. Las complicaciones neurológicas incidieron negativamente en la supervivencia, de forma estadísticamente significativas con una $p < 0,05$. Los pacientes > 65 años mostraron un mayor porcentaje de complicaciones neurológicas, no influyendo en la frecuencia el sexo, la gravedad clínica inicial o la demora asistencial.

	Lesión neurológica	Sin lesión neurológica	Significación
Edad > 65 años	42,5% (17/40)	21% (10/47)	$p = 0,03$
Sexo mujer	65% (26/40)	47% (22/47)	N.S.
HUNT-HESS > 3	24% (9/37)	19% (9/47)	N.S.
Asistencia tardía (> 2 días)	10% (4/40)	21% (10/47)	N.S.

Conclusión: 1) En nuestra serie la hidrocefalia, el DNS y el resangrado fueron las causas más frecuentes dentro de las complicaciones neurológicas. 2) La aparición de complicaciones neurológicas ensombrece el pronóstico del paciente. 3) Las complicaciones neurológicas aparecen más frecuentemente en pacientes > 65 años.

154

ESTUDIO GITAN: CARACTERÍSTICAS DE LOS LESIONADOS MEDULARES

J.M. Jiménez Moragas, M.D. Rincón Ferrari, M. García Delgad, M.A. Muñoz Sánchez, P. Navarrete Navarro y Grupo GITAN
UCI Adultos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y en urgencias de los pacientes lesionados medulares (LM) incluidos en el estudio GITAN.

Método: incluimos a los pacientes diagnosticados de lesión medular aguda (LMA) en el estudio GITAN (Grupo Interdisciplinar de Trauma de Andalucía), que es un estudio prospectivo y descriptivo que incluye a pacientes de cualquier edad, con traumatismo mayor (Revised Trauma Score < 12 y/o Injury Severity Score > 8), atendidos en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Andalucía, entre el 01/07/00 y el 31/12/00.

Resultados: de los 613 pacientes del estudio GITAN, 51 presentaban LMA. 41 eran varones (80,4%) y 10 mujeres (19,6%), con una edad media de $36,35 \pm 2,51$ años. Los mecanismos lesionales más frecuentes fueron: accidente de automóvil (29,4%) y de motocicleta (21,6%). El 54,9% fueron llevados al hospital en UCI móvil, llegando intubados 6 (11,8%). Los principales problemas que presentaron en urgencias fueron: hipoxia mantenida 4 pacientes (7,8%), hipotensión arterial mantenida 5 (9,8%) y PCR 1 (2%). El RTS medio fue de $11,0 \pm 0,35$ y el ISS medio de $28,28 \pm 1,53$. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron: TCE 17 pacientes (33,3%), traumatismo torácico 16 (31,4%), abdominal 6 (11,8%), fracturas de huesos largos 4 (7,8%), traumatismo maxilofacial 2 (3,9%) y de pelvis 2 (3,9%). Pasó desapercibida la lesión medular en 7 pacientes (13,7%). Los niveles afectados fueron: C1-C4 7 pacientes (13,7%), C5-C7 18 (35,3%), D1-D6 6 (11,7%), D7-D12 12 (23,5%), lumbar 3 (5,9%), cola de caballo 1 (2%) y no determinada 4 (7,8%). Ingresaron en UCI 38 pacientes (74,5%). Fallecieron 11 pacientes (21,6%).

Conclusiones: Los LM suelen ser varones jóvenes, que sufren un accidente de tráfico (automóvil o motocicleta). El RTS suele ser alto, sin que valore la gravedad de los pacientes (mortalidad del 21%, con un ISS elevado). Presentan lesiones asociadas frecuentemente. La LMA pasó desapercibida en urgencias en casi un 14%. C5-C7 fue la región más afectada.

FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE FRACASO MULTIORGÁNICO EN EL TRAUMATIZADO GRAVE

M.D. Rincón Ferrari, M.A. Muñoz Sánchez, A. Carrión, P. Navarrete Navarro, F.J. Fernández Ortega, M. García Delgado y GRUPO GITAN *Servicio Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital U. Virgen del Rocío (HRT). Sevilla.*

Objetivo: Conocer posibles factores de riesgo relacionados con el desarrollo de fracaso multiorgánico(FMO) en los traumatizados graves (TG).

Método: Estudio prospectivo multicéntrico realizado durante 6 meses en 16 hospitales de Andalucía en el que se incluyeron todos los TG (ISS > 15 y/o TSR < 12) ingresados en UCI. Se clasifican en 2 grupos: Grupo A: los TG que desarrollan FMO y Grupo B: los TG que no desarrollaron. Variables analizadas: edad, sexo, TSR, ISS, APACHE II de 1ª 24 horas, área corporal lesionada, hipoxemia prehospitalaria (SaO₂ < 90%), hipotensión prehospitalaria (TAS < 90 mmHg), hipoxemia en 1ª 24 horas (pO₂/FIO₂ < 250), hipotensión en 1ª 24 h e infecciones graves previas al FMO. Se realiza estudio estadístico uni y multivariante con p < 0,05.

Resultados: Se incluyen 600 pacientes. Treinta y cinco (5,8%) desarrollaron FMO. Las variables relacionadas con el FMO en el estudio univariante fueron: edad (44,1 ± 20 años vs 35,8 ± 19 años, p = 0,01), ISS (32,8 ± 12,7 vs 25,2 ± 10,8, p < 0,0001), APACHE II (18,8 ± 7,5 vs 12,8 ± 7,2, p < 0,0001), hipotensión prehospitalaria (20% vs 6,5%, RR: 3,56 [1,46-8,71]), hipoxemia en 1ª 24 horas (20% vs 4,2%, RR: 5,63 [2,23-14,2]), hipotensión 1ª 24 horas (28,6% vs 6,4%, RR: 5,87 [2,62-13,17]), el trauma de tórax (68,6% vs 31,3%, RR: 4,78 [2,29-9,97]), la neumonía nosocomial (60% vs 20,7%, RR: 5,74 [2,83-11,63]), la bacteriemia primaria (20% vs 4,6%, RR: 5,18 [2,07-12,96]), la infección de herida quirúrgica (20% vs 2,3%, RR: 10,61 [3,93-28,69]) y la infección de catéter (20% vs 5,3%, RR: 4,45 [1,80-11,03]). En el estudio multivariante se asociaron al FMO de forma independiente: la hipotensión en las 1ª 24 horas, el APACHE II, el trauma de tórax y el desarrollo de neumonía, bacteriemia o infección de la herida quirúrgica.

Conclusiones: Los factores relacionados con la aparición de FMO en el TG son la existencia de hipotensión en las 1ª 24 horas, el APACHE II, el traumatismo torácico y el desarrollo de infecciones graves.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

J.M. Nava, R.M. Gracia y Ll. Marruecos

Grupo de trabajo de Neurología Crítica de la SOCMIC.

Introducción: La imagen de la lesión en la tomografía axial computarizada de cráneo (TC) en los pacientes con traumatismo craneal (TCE) evoluciona en el tiempo y puede alterar el pronóstico inicial.

Objetivo: Conocer la evolución de la imagen TC de la hemorragia subaracnoidea traumática (HSAt). Averiguar el pronóstico de la HSAt al ingreso y el de la peor imagen evolutiva.

Material y método: Se estudiaron de forma prospectiva 370 pacientes con TCE ingresados de forma consecutiva en 7 hospitales de Catalunya entre Febrero 1998 y Febrero de 1999. A todos ellos se les practicó un TC al ingreso hospitalario, que se repitió a las 24 horas y siempre que fue necesario según juicio clínico. Se evaluó la presencia de HSAt al ingreso según la escala de Fisher y se observó su evolución en la TC siguiendo la misma escala de valoración, recogiendo el peor grado de HSAt para cada caso. Se comparó la mortalidad hallada con la clasificación inicial y la del peor grado evolutivo. Se realizó un estudio de X².

Resultados: Al ingreso hubo 190 casos de HSAt Fisher I, 51 Fisher II, 45 Fisher III y 84 Fisher IV. La HSAt empeoró en 13 casos (3,5%). De los Fisher I, 4 evolucionaron a clase II y 3 a clase IV. De los Fisher II, 2 evolucionaron a Fisher IV. De los Fisher III, 4 evolucionaron a Fisher IV. La mortalidad hospitalaria fue respectivamente para cada grupo de Fisher inicial del 15,5%, 19,6%, 37,7% y 29,7% (p < 0,005). La presencia de HSAt comporta mayor mortalidad (OR 2.21). El peor Fisher evolutivo comportó una mortalidad hospitalaria del 13,7%, 20,7%, 39,1% y 31,9% para cada grupo. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad según el Fisher inicial y el peor (p = NS).

Conclusiones: La imagen de HSAt objetivable en la TC de ingreso en pacientes con TCE, raramente tiende a empeorar. El pronóstico derivado de la imagen de la HSAt según clasificación Fisher, puede evaluarse desde el primer TC.