

Mónica Fernández Álvarez, Laura Alonso Viana, Pablo Marlasca San Martín, M^a Ángeles De La Red Gallego, Jesús Hernández Elena, M^a Isabel Pérez Núñez
H. U. Marqués de Valdecilla. Santander. Facultad De Medicina. U. de Cantabria

INTRODUCCIÓN

Los politraumatismos son la primera causa de mortalidad en menores de 45 años. Una detección precoz de pacientes con riesgo elevado de muerte o complicaciones puede mejorar su manejo inicial y disminuir dichos riesgos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian pacientes ingresados por politraumatismo en el HUMV entre el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2016.

Estudio retrospectivo: se evalúan antecedentes personales, mecanismos de lesión, lesiones principales, parámetros clínicos- analíticos al ingreso y previos a la primera cirugía, procedimientos diagnóstico-terapéuticos realizados, parámetros previos a la primera cirugía, complicaciones durante el ingreso y tiempos de estancia.

OBJETIVO

Analizar variables clínicas, desde mecanismos lesionales hasta parámetros analíticos, e identificar cuáles se relacionan con un aumento de la **morbi-mortalidad intrahospitalaria** en el **paciente politraumatizado**.

Criterios de inclusión

- Politraumatizado ingresado entre 2013 y 2016 en la UCI del HUMV.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan los Criterios de Politrauma de Berlín.
- Asistolia en el momento de llegada al Hospital.
- Éxito previo a la realización de pruebas diagnósticas necesarias.
- Edad menor de 15 años.

RESULTADOS

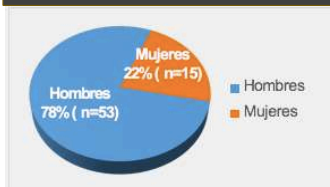


Figura 1. Distribución de nuestra muestra por sexos.

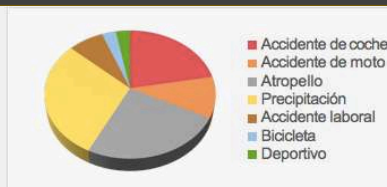


Figura 2. Distribución de los mecanismos lesionales en nuestra muestra.

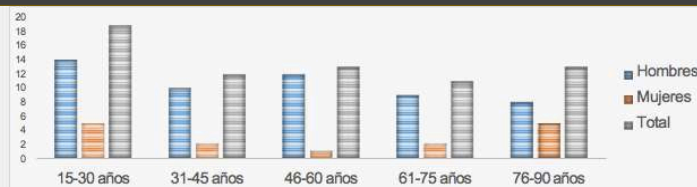


Figura 3. Distribución de nuestra muestra definitiva por grupos de edad y sexo.

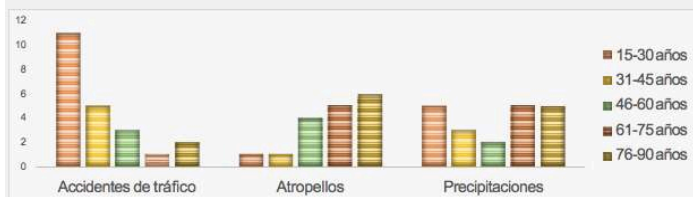


Figura 4. Distribución de grupos de edad en los mecanismos lesionales.

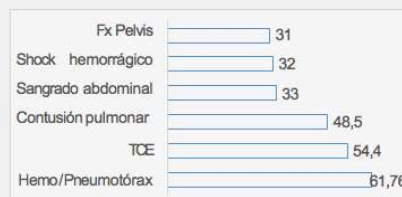


Figura 5. Lesiones más frecuentes (%).

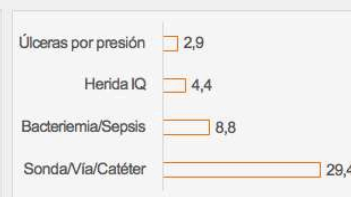


Figura 6. Complicaciones frecuentes (%).



Figura 7. Relación significativa entre hipotensión y mortalidad.



Figura 8. Relación significativa entre un Glasgow bajo y la mortalidad.



Figura 9. Relación significativa entre la dislipemia y la mortalidad.



Figura 10. Relación significativa entre la insuficiencia renal y la mortalidad.

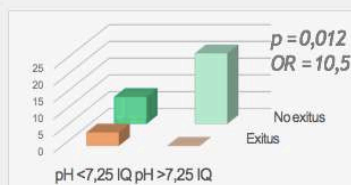


Figura 11. Relación significativa entre un pH bajo pre-IQ y la mortalidad.

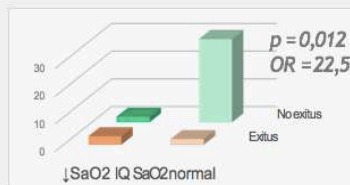


Figura 12. Relación significativa entre la baja SaO2 pre-IQ y la mortalidad.

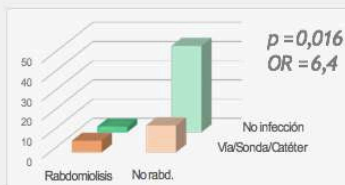


Figura 13. Relación entre rabdomiolisis e infección de vías/sondas/catéter.

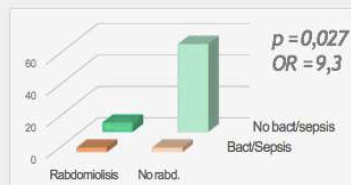


Figura 14. Relación entre rabdomiolisis y el desarrollo de bacteriemia/sepsis.

CONCLUSIÓN

- Hay una relación entre los **mecanismos lesionales y la edad** a la que ocurren: los accidentes de tráfico se concentran en jóvenes y los atropellos en ancianos.
- Los **índices de gravedad ISS y NISS** han demostrado estar asociados al riesgo de éxito. La **dislipemia** es el único FRCV que ha demostrado tal relación de forma aislada. Respecto al estado inicial del paciente, el **shock hipovolémico**, **escala de coma de Glasgow <9**, haber sufrido una **parada cardio-respiratoria** asocian una mayor mortalidad. Del mismo modo, la presencia de **anemia**, **hipoxia**, **acidosis** o **insuficiencia renal al ingreso** implica una mayor probabilidad de éxito. Hay relación **entre las infecciones de catéteres, sondas vesicales y vías sanguíneas** con la mortalidad de estos pacientes.
- En nuestro estudio, en el paciente politraumatizado ni el sexo, ni el mecanismo de lesión, ni la presencia de fracturas de pelvis, lesiones de grandes vasos, taponamiento cardíaco, contusión pulmonar, hemo-neumotórax, SDRA o sangrado abdominal están relacionados con una mayor mortalidad.
- Hay una relación significativa entre la presencia de **rabdomiolisis y la infección de vías, catéteres o sondas, y el desarrollo de bacteriemia**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pape et al. The definition of polytrauma revisited: An international consensus process and proposal of the new 'Berlin Definition'. J Trauma Acute Care Surg. 2014; 77(5): 780-786.
2. Wong TH, Krishnaswamy G, Nadkarni NV, et al. Combining the new injury severity score with an anatomical polytrauma injury variable predicts mortality better than the new injury severity score and the injury severity score: a retrospective cohort study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2016;24:25.
3. Tasker A, Kelly MB. Managing trauma: The evolution from 'early total care'/'damage control' to 'early appropriate care'. JTO. 2014; 2(2): 66-70.