



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-145 - Aplicación del Shock Index como predictor de sangrado activo en el paciente politraumatizado

*Campos Serra, Andrea; Montmany Vioque, Sandra; Rebasa Cladera, Pere; Llaquet Bayo, Heura; Gracia Roman, Raquel; Luna Aufroy, Alexis; Colom, Anna; Navarro Soto, Salvador*

*Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell.*

### Resumen

**Objetivos:** Los parámetros clásicos de resucitación hemodinámica (tensión arterial, frecuencia cardíaca y diuresis) detectan la hemorragia al perder grandes cantidades de sangre. Hallar parámetros que detecten la hemorragia de un modo precoz es imprescindible para disminuir la morbi-mortalidad derivada de la hipovolemia. El Shock Index (SI) es un parámetro propuesto para detectar el sangrado de un modo precoz considerando el punto de corte para el riesgo de hemorragia en 0,9. El objetivo de este estudio es demostrar que un punto de corte de  $\geq 0,8$  es más sensible para detectar shock oculto, permitiendo iniciar maniobras terapéuticas más precoces.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo que incluye pacientes politraumáticos de  $> 16$  años que ingresan en la unidad de críticos o mueren durante su estancia hospitalaria. Se registran los parámetros clásicos de estabilidad hemodinámica así como las siguientes escalas predictivas de hemorragia: SI, ABC score y ROPE score. Se analiza la relación del SI con 5 variables predictivas de sangrado activo: activación del protocolo de transfusión masiva, embolización angiográfica, cirugía para control del sangrado, muerte por shock hipovolémico y “sangrado activo” (definida como la presencia de una de las anteriores variables en un paciente). Se aplican los análisis anteriormente comentados a los puntos de corte de SI de 0,8 y 0,9.

**Resultados:** Se han recogido prospectivamente los datos de 1.402 pacientes politraumáticos en un período de 10 años. El ISS medio fue de 20,9 (DE = 15,8) con una mortalidad del 10%. El SI medio fue de 0,73 (DE = 0,29). Hubieron 266 pacientes (19%) con un SI superior a 0,9 y 395 pacientes (28,2%) con un SI superior a 0,8. Se activó el protocolo de transfusión masiva en un 4,3%, se realizó una arteriografía con embolización en un 7,8%, se tuvo que intervenir para control del sangrado a un 11,4% y presentaron exitus por shock hipovolémico un 2,6%. En total presentaron “sangrado activo” 262 pacientes, que representan el 18,7% de la serie. Los parámetros clásicos de estabilidad hemodinámica y las escalas predictivas de sangrado activo presentaron una relación estadísticamente significativa con las 5 variables predictivas de sangrado activo. El SI medio en los pacientes con sangrado activo fue de 0,87, mientras que las constantes vitales medias estaban dentro de la normalidad. El área bajo la curva ROC del SI para el “sangrado activo” fue de 0,749, la sensibilidad del SI con punto de corte de 0,8 fue de 59,16, la especificidad de 78,95 y el valor predictivo negativo de 89,37.

**Conclusiones:** El SI con un punto de corte de  $\geq 0,8$ , es más sensible que el punto de corte de  $\geq 0,9$  y permite iniciar maniobras de resucitación más precoces en los pacientes con sangrado activo oculto.