



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-280 - MORTALIDAD POR HEMORRAGIA TRAUMÁTICA GRAVE EN NUESTRO CENTRO: ANÁLISIS AJUSTADO A LA GRAVEDAD EN 3 PERÍODOS DE TIEMPO.

Cebolla Rojas, Laura; Morote González, Melanie; Galindo Alins, María Julia; Morales García, Carlos; Pérez Carpio, Carlota; Rey Valcárcel, Cristina; Pérez Díaz, María Dolores; Turégano Fuentes, Fernando

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la incidencia, mecanismo y mortalidad ajustada a la gravedad de la hemorragia masiva por traumatismo durante 3 periodos de tiempo sucesivos en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo del registro de trauma grave en hospital de nivel III, que recoge los pacientes con muerte por hemorragia masiva por traumatismo, comparando los resultados de tres periodos de tiempo sucesivos, 1993-2001, 2002-2011 (implantación de la radiología vascular intervencionista), y de 2012-2021 (implantación del protocolo de transfusión masiva). Se excluyen aquellos pacientes con evidencia de hemorragia masiva que son traídos con maniobras de RCP, sin constantes vitales (muerte cadáver). Se han analizado las características demográficas, mecanismo del trauma, lesiones asociadas, escalas de gravedad, manejo pre-intrahospitalario y tiempo hasta la muerte. Hemos clasificado la mortalidad ajustada a la gravedad según las 3 categorías reconocidas por el ACSCOT: mortalidad inevitable (MI), potencialmente evitable (MPE) y evitable (ME). Se ha calculado la probabilidad de supervivencia (Ps) y la mortalidad esperada (ME) según la metodología TRISS y NTRISS, revisando el proceso asistencial para evaluar desviaciones de la práctica clínica, especialmente en aquellos fallecidos con una Ps > 0,5.

Resultados: De los 3.209 pacientes de nuestra base, encontramos 125 fallecidos por hemorragia masiva, distribuidos en 45/789 (5,7%) en el 1º periodo de tiempo, 66/1,270 (5,1%) en el 2º y 14/1,150 (1,21%) en el 3º periodo del estudio, objetivándose un claro descenso de la mortalidad en este último. No se encontraron diferencias en las características demográficas. El 84,8% (106 pacientes) presentaron un traumatismo cerrado. En el análisis univariante de los datos prehospitalarios encontramos un RTS mayor en el tercer periodo (p 0,054) y un mayor ISS en el 1º periodo (p 0,001). Las fracturas de pelvis (p 0,00) presentaron un aumento, manteniéndose estable las lesiones hepáticas y torácicas. Se objetivó una disminución gradual y significativa en el tiempo de demora de estos pacientes hasta la entrada en quirófano (p 0,02) y un cambio en el lugar de la muerte. En el primer periodo 10 pacientes (22,2%) fallecieron en el cuarto de *shock* y en la sala de rayos, pero solo un paciente (7,1%) en el último, objetivándose un aumento de las muertes en UCI (57,1%). Un 90% de muertes del 1º periodo ocurren en las primeras 24h vs. un 71,4% en el último periodo (p 0,021). Analizando la Ps de los tres grupos con el NTRISS encontramos una Ps esperada > 0,5 en 13 pacientes (29%) en el 1º periodo, 26(42,5%) en el segundo y 7 (50%) en el último. En el análisis del proceso asistencial se detectaron 4 ME y 27 MPE, con un descenso en los pacientes en el 3º periodo, encontrando casos que hubieran fallecido con gran probabilidad por TCE grave.

Conclusiones: La hemorragia masiva supone una de las causas más importante de MPE en politrauma. Esta mortalidad ha disminuido claramente en los últimos años en nuestro centro, por causas multifactoriales. Sin embargo, la mortalidad esperada calculada mediante el modelo TRISS y NTRISS no se ha ajustado a la mortalidad observada, por lo que no ha resultado útil como parámetro objetivo de calidad asistencial en este subgrupo de pacientes traumatizados.