



P-687 - MÁS DE 15 AÑOS DE REGISTRO DE PACIENTES POLITRAUMÁTICOS: ¿QUÉ HA CAMBIADO?

González Costa, Anna; Llaquet Bayó, Heura; Lobato Gil, Raquel; Gràcia Roman, Raquel; Campos Serra, Andrea; Montmany Vioque, Sandra; Rebasa Cladera, Pere; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Para monitorizar la calidad asistencial en la atención al paciente politraumatizado, es necesario disponer de un registro adecuado. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo sobre los pacientes politraumatizados atendidos en nuestro centro desde la implementación del sistema de registro en base de datos y valorar los cambios observados en los últimos quince años.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes politraumatizados graves atendidos en nuestro centro (centro de referencia en Catalunya). Se incluyeron todos los pacientes politraumatizados mayores de 16 años que precisaron de ingreso en unidad de críticos o que murieron antes del ingreso. Variables: epidemiológicas, mecanismo del traumatismo, criterios de gravedad, signos vitales, datos analíticos, exploraciones complementarias, lesiones diagnosticadas y su tratamiento, lesiones inadvertidas, errores, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Desde 2006 hasta 2021 se han recogido 2.198 pacientes politraumatizados. El 75,8% fueron hombres, con una media de edad de 49 años. El índice Charlson medio fue de $1,48 \pm 1,96$ DE. Un 25,5% de los pacientes estaban hemodinámicamente inestables a la llegada al centro. El ISS medio fue de $19,3 \pm 14,1$ DE, con un 54% pacientes con ISS > 15. El 94,3% de los traumatismos fue cerrado. Los principales mecanismos fueron: caídas (21,2%), accidentes de moto (17,8%), de coche (15,7%) y precipitaciones (14,9%). Hubo 125 traumatismos penetrantes, principalmente a causa de arma blanca (77,6%). Las lesiones más frecuentes registradas fueron las fracturas costales, la hemorragia subaracnoidea y la fractura vertebral. La mortalidad global fue del 10,1%. Las 2 principales causas fueron: muerte neurológica (54%) y shock hipovolémico (23%). La mortalidad evitable fue del 7,2% (0-2 muertos/año). Se identificaron 296 lesiones inadvertidas. Las principales fueron: fractura costal (10,8%), vertebral (7,7%) y hemotorax (6,4%). Los errores más comunes que provocaron las lesiones inadvertidas fueron el clínico (45,8%) y el radiológico (45,1%). Un total de 631 pacientes precisaron tratamiento quirúrgico urgente (28,7%), mientras que un 182 (8,3%) se sometieron a arteriografías urgentes. Si miramos la evolución en estos 15 años, vemos que no hay cambios significativos en cuanto a la tasa de mecanismo penetrante, ISS, edad y sexo de la población registrada si bien hay una tendencia a un mayor índice de Charlson). Tampoco hay diferencias en cuanto a la tasa de mortalidad global aunque observamos una ligera disminución del shock hipovolémico como causa de muerte. De igual forma, se observa una disminución del pico de mortalidad intrahospitalaria en las primeras 24 horas y también en el número de lesiones inadvertidas (ambas en probable relación a la mayor formación de especialistas en el protocolo ATLS).

Conclusiones: Los registros de trauma son la clave principal para el control de calidad asistencial de estos pacientes. No se observan diferencias epidemiológicas relevantes en este tipo de pacientes en los últimos 15 años. Sin embargo, sí que observamos una disminución de la mortalidad en las primeras 24h de atención hospitalaria y del número de lesiones inadvertidas, en probable relación a una mejor formación de los profesionales.