

rapia post-operatoria por cáncer de mama (síndrome de Stewart-Treves). Se trata de un tumor agresivo con una alta tasa de recurrencia local y una gran tendencia a metastatizar, que se desarrolla sobre linfedema crónico, debido a una cierta inmunodeficiencia local. Sin embargo parece demostrado que no se trata de un sarcoma inducido por la radioterapia. Se presenta como maculo-pápulas violáceas, ocasionalmente polipoides, con hemorragias e infecciones. El tratamiento de elección y que proporciona la mejor supervivencia a largo plazo es la cirugía, con la amputación del miembro afectado. Aún realizando una cirugía precozmente y administrando tratamientos coadyuvantes (quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia), el pronóstico de estos enfermos es malo, con una alta tasa de recurrencia local y metástasis a distancia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 77 años, con antecedentes de mastectomía parcial y linfadenectomía axilar con radioterapia post-operatoria complementaria por un carcinoma de mama izquierda, tras la cual desarrolla un linfedema crónico en extremidad superior izquierda (ESI). Consulta por dolor y eritema progresivo de aspecto geográfico en dicha extremidad acompañado de febrícula. Con el diagnóstico de erisipela se inicia tratamiento antibiótico, pero dada la ausencia de respuesta al tratamiento se decide realizar una biopsia que es informada como angiosarcoma. En la TC se objetiva edema de tejidos blandos de la ESI, sin metástasis a distancia. Es intervenida quirúrgicamente realizándose una desarticulación inter-escápulo-torácica de ESI. La anatomía patológica definitiva es angiosarcoma con afectación cutánea, mamaria y de tejidos blandos.

Conclusiones: El hemangiosarcoma es una patología poco frecuente que debe ser diagnosticada a tiempo dadas las escasas opciones terapéuticas y su mal pronóstico.

POLITRAUMATIZADOS Y CUIDADOS INTENSIVOS

COMUNICACIONES ORALES

O-030. MONITORIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON LESIONES HEPÁTICAS COMPLEJAS. ¿CUÁNDO ES NECESARIO UN CT DE SEGUIMIENTO?

M.A. Hernández Bartolomé, J.M. Jover Navalón, I. Manzanedo Romero, J. Silvestre Rodríguez, L. Colao García, A. Valle Rubio, C. Guillén Morales y M. Limones Esteban

Hospital General Universitario, Getafe.

Introducción: El CT es útil para localizar lugar, tamaño y naturaleza de las lesiones abdominales. El tratamiento no operatorio es el tratamiento estándar en los pacientes con traumatismo hepático hemodinámicamente estables con un éxito del 89%. Sin embargo el papel del CT durante el seguimiento es controvertido. Ha sido útil para evaluar cambios en el estado clínico, documentar la curación de la lesión, detectar complicaciones o como guía para las recomendaciones sobre actividad física. Recientemente algunos autores han cuestionado la necesidad de hacer un CT de rutina. Nuestro objetivo es revisar nuestra experiencia en el seguimiento de los traumatismos hepáticos bajo la hipótesis de que la mayoría de los pacientes con traumas hepáticos tratados de forma no operatoria no requieren CT de segui-

miento y los tiempos de estancia hospitalaria, en UCI, en reposo o sin hacer actividad física se pueden acortar.

Material y métodos: Hemos revisado las historias de los pacientes con trauma hepático cerrado tratados en nuestro centro desde 1991 hasta la actualidad. Traumatismo hepático cerrado con tratamiento conservador se diagnosticó en 39 pacientes. Fueron excluidos los pacientes hemodinámicamente inestables que requirieron tratamiento quirúrgico y los que se realizó una laparotomía para el tratamiento de otra lesión intrabdominal. Se obtuvieron: edad, etiología, hallazgos y grado de lesión hepática por el CT, intervenciones quirúrgicas y complicaciones, días de estancia en UCI, días de estancia en planta, días totales de estancia hospitalaria, reingresos, pruebas de seguimiento, tiempo para la incorporación al trabajo, tiempo de incorporación a una actividad física normal.

Resultados: La etiología más frecuente fue accidente de tráfico. El éxito del tratamiento no operatorio fue del 100%. Ningún paciente del grupo de tratamiento conservador tuvo que ser reintervenido.

Evolución radiológica	N	%
Mejoría	25	78,12
Mantenimiento	6	18,75
Empeoramiento	1	3,12

Grado lesión	Número	%
I	9	23
II	14	35,8
III	7	17,9
IV	5	12,8
V	1	2,5
Sin datos	3	3,3
Total	39	100

Estancia	N	Media	Intervalo
Planta	34	10,29	3-24
UCI	24	5,66	1-25
Global	36	13,47	3-31

Prueba de seguimiento	Número	Porcentaje	Intervalo medio	Intervalo mediana
ECO	10	25,6	75,5 (4-139)	79,5
CT	22	56,4	33,5 (3-180)	9,5
RMN	1	2,5	14	14
Sin datos	6	15,4	0	0

Incorporación funcional	Media	Mediana	N	Intervalo
Encamado	8,62	6	35	0-30
Actividad física normal	29,76	20	26	10-100
Incorporación laboral	51,53	30	26	15-365

Discusión: En nuestra revisión ningún CT de seguimiento cambió la actitud terapéutica. La necesidad de obtener un CT en el seguimiento de los pacientes con traumas hepáticos no está clara. Son ya muchos los trabajos publicados que demuestran que no hay evidencia de que CTs seriados sin indicaciones clínicas tengan influencia en el tratamiento del enfermo. Son muchos los que consideran que esto no es necesario y sólo alteraríamos

el tratamiento si hubiera cambios en el curso clínico del enfermo. El estado clínico del paciente debería decidir la frecuencia en el seguimiento. El CT de rutina en pacientes estables y asintomáticos no cambia la actitud terapéutica del enfermo, somete a radiación y aumenta el gasto. Por tanto, debe ser selectivo.

O-031. FACTORES DETERMINANTES DE MORTALIDAD ANTE UNA REINTERVENCIÓN. ANÁLISIS DE 473 RELAPAROTOMÍAS

L. Lorente Poch, I. Martínez-Casas, J. Sancho Insenser, M.A. Martínez Serrano, E. Membrilla Fernández, M.J. Pons Fragero y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: Las reintervenciones son generalmente cirugías agravadas por una alta morbi-mortalidad. Una pobre selección de los pacientes puede ser negativa, especialmente en aquellos en que no existe un claro beneficio de la reintervención. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo preoperatorios de mortalidad tras reintervención.

Material y métodos: Entre febrero de 2004 y marzo de 2010 se realizaron 473 reintervenciones de cirugía abdominal en 380 pacientes en una unidad de Cirugía General y Digestiva. Los datos se recogen de forma prospectiva desde enero de 2006 y se estudian, mediante análisis bivalente y multivalente, antecedentes patológicos de los pacientes, datos de la intervención inicial y parámetros clínicos y analíticos previos a la reintervención.

Resultados: Los pacientes (63% varones) tenían una edad media de $62,5 \pm 17$ años. La puntuación ASA mayoritaria fue de II: (41%) o III (44%). En 69 pacientes (18%) se realizó más de una reintervención ($n = 93$) y en ellos la mortalidad fue significativamente superior (26% vs 13%; $p = 0,008$). La mortalidad global por paciente fue del 20,3% (77 pacientes) y se asoció significativamente con la edad de los pacientes (73 ± 11 vs 61 ± 17 años; $p < 0,001$), y la puntuación ASA inicial ($p < 0,001$), pero no al carácter urgente o electivo de la primera intervención (23% vs 18%; $p = 0,2$). Las reintervenciones fueron a demanda en el 94,5% de los casos y se categorizaron según el motivo en peritonitis (40%), abscesos (19%), hemorragias (19%), cirugía de pared (11%) y laparotomías exploratorias (11%), asociándose significativamente a una mayor mortalidad la reintervención por peritonitis y la laparotomía exploratoria ($p = 0,006$). Entre los antecedentes asociados a la mortalidad, destacaron la cardiopatía (21% vs 13%; $p = 0,01$), insuficiencia renal crónica (30% vs 15%; $p = 0,045$), diabetes mellitus (23% vs 14%; $p = 0,046$), tratamiento antiagregante (31% vs 15%; $p = 0,013$) y enfermedad neoplásica (21% vs 13%; $p = 0,02$). Del periodo entre intervenciones, destaca la asociación de la mortalidad con la necesidad de ventilación mecánica ($p < 0,001$), drogas vasoactivas ($p < 0,001$), nutrición parenteral ($p < 0,001$), transfusión ($p < 0,001$) o diálisis ($p = 0,04$). Asimismo la presencia de taquicardia ($p = 0,02$), hipotensión ($p = 0,001$), 2 más puntos de SIRS ($p = 0,006$), leucocitosis ($p = 0,01$), creatininemia > 2 mg/dl ($p < 0,001$), trombopenia ($p = 0,005$), hiperbilirrubinemia ($p = 0,02$), hipoalbuminemia ($p < 0,001$), hipoprotrombinemia ($p < 0,001$) y acidosis láctica ($p = 0,01$) se asociaron a una mortalidad mayor. La mortalidad por reintervención fue tres veces inferior si esta se realizaba en las primeras 24 horas postoperatorias (6,3% vs 18%; $p = 0,02$). El análisis multivalente aisló la acidosis láctica y la albuminemia, previas a la reintervención, como factores independientes predictivos de mortalidad, con una correcta predicción del 87% de los casos.

Conclusiones: La mortalidad en las relaparotomías viene gravada por una menor reserva fisiológica y un estado más crítico de los pacientes antes de la cirugía. La acidosis láctica y la hipoalbuminemia son factores independientes predictivos de mortalidad ante reintervención.

O-032. TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO ESPLÉNICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. 25 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Troya Díaz, A.M. Otero Piñeiro, D. Troyano Escribano, M.A. Pacha González, M. Gómez Pallarés, A. Clavell Font, J.M. Balibrea del Castillo, N. Rodríguez Conde, B. Oller Sales y J. Fernández-Llamazares Rodríguez

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción y objetivos: La asociación de esplenectomía y sepsis dio lugar a la instauración de actitudes cada vez más conservadoras en el tratamiento del traumatismo esplénico, siendo actualmente el manejo no quirúrgico la opción más aceptada cuando el paciente mantiene la estabilidad hemodinámica. En nuestro centro se introdujo el tratamiento conservador no operatorio en los años 80 con buenos resultados. Exponemos nuestra experiencia en el tratamiento de conservador del traumatismo esplénico así como el protocolo de actuación que se ha modificado levemente tras la introducción de la arteriografía y/o embolización como alternativa a la esplenectomía de urgencias.

Material y métodos: Realizamos una revisión de los pacientes ingresados en nuestro centro con lesión esplénica por traumatismo en los últimos 25 años, atendidos según el protocolo de atención de traumatismo esplénico elaborado por el servicio de Cirugía General y Digestiva. Analizamos los siguientes parámetros: edad, sexo, causa y grado de traumatismo esplénico (según AIS94), Injury Severity Score (ISS), técnicas quirúrgicas realizadas, índice de éxito y fracaso del tratamiento conservador, requerimiento de hemoderivados y mortalidad, y realización de arteriografía.

Resultados: Se analizan 305 traumatismos esplénicos recogidos desde la instauración del protocolo de tratamiento conservador en 1985. Se ha iniciado tratamiento conservador en un total de 256 pacientes (83,94%). La tasa de éxito del manejo no operatorio es del 80,86% (207/256 pacientes) siendo el manejo conservador global de un 67,86% (207/305 pacientes). El tratamiento conservador ha fracasado en 49 pacientes (19,14%), siendo 9 de ellos manejados mediante embolización con buen resultado. En 49 pacientes del total (16,06%) se ha precisado actuación de entrada (3 de ellos mediante embolización).

Conclusiones: Los resultados de la aplicación del protocolo asistencial del traumatismo esplénico en nuestro centro son equiparables a las grandes series americanas de pacientes con este tipo de lesión. La arteriografía se está imponiendo en los últimos años como paso previo en determinadas circunstancias a la cirugía de urgencia.

O-033. ARTERIOGRAFÍA Y EMBOLIZACIÓN EN EL TRAUMATISMO ESPLÉNICO: ¿TRATAMIENTO CONSERVADOR O ESPLENECTOMÍA NO QUIRÚRGICA?

A.M. Otero Piñeiro, J. Troya Díaz, M.A. Pacha González, M. Rovira Argelagués, B. Oller Sales, J. Sampere Moragues, J. Muxart Massaller, E. Martínez Cáceres, J. Riba y J. Fernández-Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: El tratamiento conservador del traumatismo esplénico está totalmente aceptado. Los protocolos actuales de tratamiento conservador obtienen unas tasas de éxito globales superiores al 70%, independientemente del grado de lesión. Últimamente se ha añadido al manejo no operatorio la posibilidad de realizar arteriografía y/o embolización esplénica con el fin de apurar al máximo la indicación quirúrgica y la esplenectomía,

evitando así la infrecuente pero temida sepsis postesplenectomía. La escala AIS de lesión esplénica ha sido criticada por algunos autores por no registrar la presencia de extravasación de contraste y/o pseudoaneurismas-fístulas arteriovenosas, hallazgos directamente relacionados con la posibilidad de fracaso del tratamiento conservador, y que podrían detectarse con mayor sensibilidad mediante una arteriografía. Los criterios para la arteriografía son diversos según los grupos: sólo en aquellos pacientes con estos hallazgos descritos en el TAC, a todos los pacientes con traumatismo esplénico independientemente del grado de lesión, o a los grados de lesión moderada-severa (III a V). Los criterios para la embolización están más definidos y se recomienda en general, embolización distal en casos de extravasación de contraste a peritoneo, y proximal (troncular) en casos de hemorragias múltiples intraparenquimatosas, pseudoaneurismas y fístulas arteriovenosas con la intención de disminuir el flujo esplénico. La embolización esplénica no está exenta de complicaciones (trombocitosis, síndrome postembolización, derrame pleural, infarto-necrosis esplénica, absceso, fenómenos trombóticos...). Sin embargo no se han realizado estudios para determinar el grado de posible hipoesplenismo secundario a la embolización.

Material y métodos: La arteriografía y/o embolización ha sido más frecuente en los últimos años (2 entre 01-05 y 10 entre 06-10), basándonos principalmente en la anemia progresiva, en los casos de resangrado, o los hallazgos TAC, quedando limitada esta actitud por la ausencia de radiólogo intervencionista de presencia física. Exponemos los pacientes embolizados (un total de 12) analizando indicación de la arteriografía, tipo de embolización, recidiva del sangrado, presencia de lesiones vasculares en TAC, y presencia de complicaciones mayores y menores, así como un estudio inicial de hiposplenismo en dos pacientes.

Resultados: La embolización se ha realizado por hemorragia persistente (6/12), resangrado (3/12) o hallazgos en TAC inicial (3/12) y generalmente ha sido troncular (11/12). No hemos tenido episodios de resangrado postembolización ni abscesos. 2 casos de necrosis y 1 de gas esplénico. El derrame pleural ha sido la complicación más frecuente (12/12). 8/12 han presentado trombocitosis y 2 de ellos fenómenos trombóticos. El síndrome postembolización (fiebre + dolor abdominal + leucocitosis) se ha presentado en 4/12 pacientes. En 2 casos hemos realizado un estudio hematológico, inmunológico e isotópico de la función esplénica con distinta suerte: un paciente normoesplénico y otro con hiposplenismo severa.

Conclusiones: 1. Se deberían definir mejor las indicaciones de arteriografía y embolización. 2. La arteriografía/embolización se muestra eficaz en el tratamiento del sangrado esplénico no siempre sin complicaciones. 3. Se debería analizar el estado de funcionalidad esplénica tras la embolización, dado que puede dar lugar a un hiposplenismo que obligue a tratar a los pacientes como verdaderos esplenectomizados.

O-034. PRESIÓN INTRAABDOMINAL COMO FACTOR PRONÓSTICO DE TOLERANCIA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS

N. Bejarano González, J. Hermoso Bosch, P. Rebas Cladera, O. García-Esquirol Soriano y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Determinar la relación entre la presión intra-abdominal (PIA) y la tolerancia a la nutrición enteral (NE) en pacientes críticos con el fin de establecer una medida objetiva de monitorización de la tolerancia a la dieta enteral en estos pacientes y conocer el valor de la PIA a partir del cual se presenta intolerancia a la NE.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal descriptivo realizado en el ámbito de la Unidad de Críticos de nuestro centro. Se incluyeron prospectivamente 72 pacientes tributarios de NE siempre y cuando cumplieran los criterios de inclusión en el estudio. El período de recogida de datos abarcaba desde el momento de la indicación de la NE (obteniendo la PIA basal previa al inicio de la nutrición) hasta el momento en que se objetivó que el paciente había tolerado la nutrición o no. Al inicio del estudio se determinó la PIA basal, el POSSUM fisiológico (y quirúrgico) y la vía de administración de la NE. Diariamente se registró el SOFA, APACHE II, necesidad de ventilación mecánica (presión pico), drogas vasoactivas, antibióticos, peristaltógenos, relajantes musculares y el balance hídrico. Cada 8 horas se obtuvo la PIA.

Resultados: De los 72 pacientes incluidos en nuestro estudio el 66,7% eran varones frente al 33,3% de mujeres, con una edad media de 57,7 años (17-88 años). Los pacientes politraumáticos representaban el 41,7%, seguidos de aquellos ingresados por shock séptico (23,6%), tras cirugía abdominal urgente (16,71%) pancreatitis aguda grave (8,3%), tras cirugía abdominal electiva (5,5%), y por shock hipovolémico (4,2%). El 40,3% de los pacientes fueron sometidos a cirugía previamente a su inclusión en el estudio. La mayoría de los pacientes fueron alimentados a través de SNG. El POSSUM fisiológico registrado al ingreso fue de 26,4 ($\pm 7,6$) y el quirúrgico, para los pacientes sometidos a intervención, de 22,4 ($\pm 8,0$). El valor medio del SOFA fue de 7,3 ($\pm 3,4$) y del APACHE II de 13,6 ($\pm 6,0$). La mortalidad fue del 31,9%. Del total de pacientes, el 70,8% (51 pacientes) toleraron la nutrición frente al 29,2% (21 pacientes) que no la toleraron. La PIA basal media fue de 11,7 ($\pm 6,0$) siendo ésta significativamente inferior en los pacientes que toleraron la dieta ($p = 0,04$). La PIA 8h fue de 10,3 mmHg en los pacientes que toleraron y de 14,5 mmHg en los que no toleraron la dieta ($p = 0,017$). Los valores de la PIA 16h fueron de 10,5 y 14,5 mmHg respectivamente ($p = 0,027$). Tras el análisis multivariante los valores del APACHE II y la PIAm24h (PIA media de las últimas 24 horas antes de decidir si el paciente tolera o no la dieta) fueron estadísticamente significativos siendo esta última 10,5 mmHg cuando se tolera y de 14,4 mmHg ($p = 0,017$).

Conclusiones: El promedio de la PIA en las últimas 24 horas es una variable pronóstica de tolerancia de la dieta enteral en pacientes críticos y su valor puede ser pronóstico del fracaso o no de la NE. Pacientes con PIA superior a 14 no tolerarán la NE.

O-035. VALOR DEL LÍQUIDO LIBRE HALLADO EN LA TC ABDOMINAL DE PACIENTES CON TRAUMATISMO ABDOMINAL

S. Montmany Vioque, S. Navarro Soto, P. Rebas Cladera, A. Luna Aufroy, A. Darnell, E. Ballesteros, C. Gómez Díaz, J. Hermoso Bosch, J.M. Hidalgo Rosas y G. Cánovas Moreno

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: El estudio mediante tomografía computarizada (TC) abdominal en los pacientes politraumáticos estables permite la detección y la categorización de lesiones abdominales de forma precoz. Existe controversia en la actitud terapéutica ante el hallazgo de líquido libre en el TC abdominal sin lesión de órgano sólido, indicando una laparotomía exploradora (Brasel et al, 1998, Ng et al, 2000) versus observación clínica (Livingston et al, 1998, Rodríguez, 2002).

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo que incluye pacientes mayores de 16 años, con traumatismo abdominal que han recibido un TC abdominal en su manejo diagnóstico-terapéutico. Se han registrado datos generales como la edad, el sexo, el mecanismo de acción, el índice de severidad (ISS), el estado hemodinámico y parámetros analíticos. También se registra la fecha del traumatismo, la fecha y los hallazgos del TC

abdominal, la actitud terapéutica y la resolución del caso. Se ha especificado la clínica abdominal del paciente y la aparición de la marca del cinturón de seguridad.

Resultados: Entre noviembre del 2007 y febrero del 2010 se han registrado 401 pacientes con traumatismo abdominal y un ISS medio de 15,39 (DE 14,67). El 91,02 % fueron traumatismos cerrados, existiendo la marca del cinturón de seguridad en 18 pacientes. El 92,5 % de los pacientes requirió un tratamiento conservador mediante observación clínica, un 5,75 % requirió una intervención quirúrgica y un 1,75 % requirió de arteriografía. 62 pacientes presentaron líquido libre en el TC abdominal, apareciendo en 16 pacientes de forma aislada, sin otros hallazgos asociados. En los 16 pacientes con líquido libre aislado en el TC abdominal se realizó tratamiento conservador en el 100 % de los casos, aun observando la marca del cinturón de seguridad en 2 pacientes. De los 46 pacientes con líquido libre asociado a otros hallazgos en el TC, existen 5 pacientes sin lesión de órgano sólido presentando junto al líquido libre: lesión del meso, edema de pared intestinal o neumoperitoneo. 4 de estos 5 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico (80 % de los casos).

Conclusiones: El líquido libre aislado en el TC abdominal de los pacientes con traumatismo abdominal se debe tratar mediante observación clínica. La necesidad de tratamiento quirúrgico aumenta cuando el líquido libre hallado en el TC abdominal se asocia a otras lesiones distintas de la lesión de órgano sólido.

O-036. EXPERIENCIA CON LA UTILIZACIÓN DEL HEMOSTÁTICO-SELLANTE TACHOSIL® EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

N. Argudo Aguirre, I. Martínez-Casas, J.J. Sancho Insenser, E. Membrilla Fernández, M.J. Pons Fragero, M. Climent Agustín y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La esponja de colágeno TachoSil® es un compuesto de fibrinógeno y trombina humanos. Su eficacia hemostática y sellante ha sido demostrada en estudios experimentales y clínicos. La cirugía urgente supone en ocasiones condiciones subóptimas de los pacientes y circunstancias locales adversas en el sitio quirúrgico. El objetivo del estudio es comprobar la aplicabilidad y eficacia del TachoSil® en cirugía de urgencias.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los resultados obtenidos con la utilización de TachoSil® en pacientes intervenidos de urgencia desde enero de 2009 a marzo 2010. Las indicaciones de utilización del Tachosil® a criterio del cirujano, fueron la hemostasia y/o la protección de anastomosis o suturas.

Resultados: Durante el periodo estudiado TachoSil® se empleó en 53 pacientes, 75 % varones, con edad media (\pm EE) 64,9 \pm 2,3 años, el 70 % de los pacientes presentaban alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes la cirugía abdominal previa (45 %) y la enfermedad cardiovascular (43 %). La puntuación ASA (media \pm EE) fue 2,85 \pm 0,1 y el PH-POSSUM de 24,5 \pm 1,1. Las intervenciones más frecuentes fueron por colecistitis aguda gangrenosa (19), cirugía colorrectal (10), úlcus duodenal complicado (7), politraumatismos (5) y en 8 ocasiones fueron reintervenciones. La cirugía fue sucia en 18 pacientes, contaminada en 15, limpia-contaminada en 19 y limpia en una sola ocasión. La colecistectomía abierta, asociada o no a otros procedimientos, fue la técnica más frecuente en la serie, el tiempo quirúrgico medio fue de 167,6 \pm 12,6 minutos y el O-POSSUM 23,2 \pm 1,1. Las indicaciones de utilización del TachoSil® fueron hemostática en 27 ocasiones, sellante en 13 y ambas en 13. En la mayoría de casos se colocó un solo apósito (42), dos en 8 y tres en 3 casos. Cuando la indicación fue la hemorragia (40), TachoSil® fue efectivo en el 98 % de los casos. La indicación sellante fue efectiva en el 88,5 % (23/26), produciéndose 2 dehiscencias de sutura duodenales y

una fístula pancreática post-pancreatectomía córpore-caudal. La mortalidad de la serie fue del 22 %. No se produjeron reacciones adversas al TachoSil®. El 60 % de pacientes presentaron alguna complicación (n = 84), siendo la más frecuente el íleo postoperatorio prolongado. En ningún caso puede establecerse relación directa entre la presencia de TachoSil® y las complicaciones.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la esponja TachoSil® es un compuesto terapéutico útil en la consecución de la hemostasia y en la protección de suturas de riesgo. En cirugía de urgencia, la eficacia hemostática parece superior a la capacidad sellante del producto.

O-037. VALOR PREDICTIVO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS PARA ANTICIPAR LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON HERIDAS DE ARMA BLANCA

M. Climent Agustín, I. Martínez-Casas, J. Sancho Insenser, E. Membrilla Fernández, N. Argudo Aguirre, M. Cáceres-Díez, M.J. Pons Fragero y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: Actualmente la actitud conservadora basada en el estado hemodinámico es el gold standard en el tratamiento de las heridas de arma blanca. No existe consenso sobre el tiempo de observación. El objetivo de este estudio es analizar el valor de la exploración física inicial (EFI) y exploraciones complementarias frente a la necesidad de intervención quirúrgica y su capacidad predictiva de complicaciones para poder disminuir tiempos de observación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes politraumáticos, seleccionando heridas de arma blanca cervicales, torácicas y abdominales. Se analizan parámetros de las revisiones primaria y secundaria, anejos y exploraciones complementarias (EC). La variable principal es la presencia de complicaciones y necesidad de intervención quirúrgica (IQ).

Resultados: Entre enero 2006 y diciembre 2009 se incluyeron 198 pacientes (90 % varones, edad media 31,6 \pm 11,9 años). El promedio de lesiones por paciente es 2 \pm 2 (1-14), 60 (23 %) cervicales, 114 (46 %) torácicas y 77 (31 %) abdominales. El 52 % sufrieron heridas múltiples, sin que ello implicara una probabilidad significativamente mayor de ser intervenidos (38,2 % vs 35,4 %; p = 0,77). El ISS medio fue 7,8 \pm 7,9. Precizaron IQ 73 pacientes (36,9 %), siendo en el 59 % inmediata, 27 % precoz (24h) y 14 % tardía (> 24h). La necesidad de intervención quirúrgica se asoció a los hallazgos patológicos en la EFI (17 % vs 50 % p < 0,001), a un menor RTS (11,9 \pm 0,2 vs 11,6 \pm 0,9; p = 0,004), presencia de evisceración (35 vs 87 %; p = 0,005), y de exploración abdominal patológica ("blando" 32 % vs "distendido" 40 % vs "peritonítico" 61 %; p = 0,01), hemorragia activa (29 vs 59 % p < 0,001), y constatación en EFI de herida penetrante (28 vs 67 %; p < 0,001). Tanto la hemoglobina inicial (14,1 \pm 2,1 vs 13,3 \pm 2,3; p < 0,001), a las 2 horas (12,6 \pm 2 vs 9,4 \pm 1,9, p = 0,01) como a las 12 horas (14,6 \pm 13,2 vs 10,2 \pm 2,4, p = 0,04) fueron significativamente inferiores en pacientes quirúrgicos. Los resultados positivos de TC se asociaron a IQ (19 % vs 40 %; p = 0,01), no así los de RX (38 % vs 33 %; p = 0,48). También el ISS score de los pacientes que requirieron cirugía fue superior. Presentaron complicaciones 37 pacientes (18,7 %), y se concentraron en los pacientes que fueron intervenidos (67 % vs 32 %; p < 0,001). Las intervenciones realizadas tras las primeras 24h no presentaron una tasa mayor de complicaciones que las realizadas de inmediato o de forma precoz (p = 0,724). El 10 % de los pacientes con EFI y EC normales precisaron cirugía. Un 6 % de los pacientes con EFI y EC normales (analítica básica, RX tórax, tomografía

computadorizada) desarrollaron algún tipo de complicaciones, aunque ninguno falleció. La mortalidad de la serie fue de 0,5%.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la EFI tiene más valor que las EC para la toma de decisión quirúrgica en heridas de arma blanca cervico-tóraco-abdominales. La normalidad de la EFI y de las EC no excluye totalmente la existencia de complicaciones, por lo que, aún en estos casos es recomendable un periodo de observación.

O-038. TRAUMA GRAVE EN EL PACIENTE ANCIANO. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 174 CASOS Y ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD

A. García Marín, F. Turégano Fuentes, J. Martín Gil, A. Vaquero Rodríguez, T. Sánchez Rodríguez, C. Camarero Mulas, A. Fábregues Olea, M.D. Pérez Díaz, M. Sanz Sánchez y J. Lago Oliver

Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Análisis de los mecanismos y tipos de lesiones, morbi-mortalidad y factores predictores de mortalidad en el trauma grave del paciente anciano (≥ 65 años) en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio analítico retrospectivo de la serie de politraumatismos incluidos en nuestro registro de trauma grave entre 1993 y 2008. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS 16.0, empleando la prueba de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y la prueba de chi-cuadrado y test exacto de Fisher para las variables cualitativas.

Resultados: De los 1.718 pacientes incluidos, 174 (10,1%) eran ancianos con la misma proporción de varones y mujeres, a diferencia de la edad adulta en la que predomina el sexo masculino (78,3%). El mecanismo lesivo más frecuente fue el trauma cerrado, principalmente atropello (39,1%) seguido del accidente de coche (18,4%) y la precipitación (18,4%). Al ingreso estaban intubados un 28,7%, en shock un 20,1%, G.S.C. < 9 un 23%, con un ISS medio de $23,2 \pm 16$ y un NISS medio de $27,4 \pm 16$. Las lesiones más típicas del paciente anciano fueron las craneofaciales, óseas (extremidades y pélvicas) y partes blandas. Las pruebas complementarias realizadas fueron la tomografía abdominopélvica en 105 casos (60,3%), craneal en 86 casos (49,4%), ecografía abdominal en 14 casos (8%) y lavado peritoneal diagnóstico en 9 casos (5,2%). Fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos 116 pacientes (75,3%) con una mediana de estancia de 6 días (2-15) y de tiempo hasta la muerte de 11 días (1-25). La mortalidad de la serie fue de 79 pacientes (45,4%) cuya causa más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico (38%), con una mortalidad a la llegada de 19 pacientes (10,9%). El mecanismo lesivo más frecuente fue el atropello (40,5%) seguido de la precipitación (26,6%). La mediana de ISS y de NISS en los ancianos que sobreviven fue de 14 (10-20) y 18 (12-27), mientras que en los que fallecen fue de 25 (17-35) y 34 (25-43), $p < 0,0001$. El análisis multivariante mostró que los factores predictores independientes de mortalidad fueron la edad > 75 años, shock al ingreso, AIS grave en cabeza y cuello y el ISS ≥ 20 . Presentaron complicaciones 87 pacientes (56%) siendo las principales las pulmonares (40 casos, 41%) seguida de las nefrourológicas (12 casos, 14%) y las cardíacas (10 casos, 11,6%).

Conclusiones: El porcentaje de traumatismo grave en el anciano fue inferior que en el adulto. La causa más frecuente fue el traumatismo cerrado con predominio del atropello y el accidente de coche. El patrón de lesiones fue diferente que en el adulto con un predominio de las lesiones craneofaciales, óseas y partes blandas. La morbilidad, así como la mortalidad (global y al ingreso) fue superior a la del adulto cuya causa más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico. Los principales factores predictores de mortalidad en el análisis multivariante fueron la edad > 75 años, shock al ingreso, AIS grave en cabeza y cuello y el ISS ≥ 20 .

PÓSTERS

P-161. PACKING EXTRAPERITONEAL EN POLITRAUMATIZADO IN EXTREMIS. IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS

M. Gutiérrez Andreu, P. Yuste García, V. Guimerá García, P. Caba Doussoux, J. Alcalde Escribano y F. Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las fracturas de pelvis con inestabilidad hemodinámica representan un reto para el cirujano debido a su alta morbi-mortalidad. Diversos protocolos han sido descritos en la literatura, pero no existe consenso en el momento actual. En nuestro centro existe un algoritmo diagnóstico-terapéutico en el que destaca la estabilización inicial con sábana y la realización de fijación externa y packing extraperitoneal en pacientes "in extremis" cuando no está disponible la arteriografía urgente. La cirugía de control de daños es considerada como imprescindible en el paciente politraumatizado con el fin de tratar las lesiones potencialmente letales y diferir el tratamiento del resto para un segundo tiempo.

Material y métodos: Varón de 84 años que sufre un politraumatismo tras ser aplastado por un árbol. Antecedentes personales: EPOC con O_2 domiciliario y DM insulín dependiente. En la atención extra hospitalaria se objetiva TA 90/60 mmHg e hipoventilación en hemitórax izquierdo. Presenta deformidad en muslo izquierdo y fractura abierta de tibia ipsilateral sin pulsos distales palpables. En el hospital se realiza radiografía de tórax, informada como fracturas costales múltiples en hemitórax izquierdo, radiografía de pelvis con diástasis de pubis mayor de 2,5 cm. Dos ecografías FAST seriadas donde se descarta líquido libre intraperitoneal. Se estabiliza la pelvis con sábana y miembro inferior izquierdo con férula. El paciente presenta hematuria franca. En la analítica se objetiva una hemoglobina de 7,8 g/dl, lactato 7 mmol/l y un pH de 7,3. Nos encontramos ante un politraumatizado grave con un ISS de 43 y una probabilidad de supervivencia de 0,31.

Resultados: El paciente presentó hipotensión persistente tras reposición de volumen y derivados hemáticos. Se traslada al quirófano donde se coloca un fijador externo y se realiza laparotomía infraumbilical para practicar talla vesical y packing preperitoneal hasta ambos espacios presacros. Tras la intervención (1 hora y 10 minutos) el paciente recupera estabilidad hemodinámica. Se realiza TAC abdominopélvico, destacando sangrado activo a nivel de ramas ilio e isquiopúbicas y objetivando importante hematoma retroperitoneal. Se decide arteriografía para embolización de dichas ramas y observándose obstrucción completa de arteria femoral superficial y de femoral profunda a nivel de la fractura de fémur. El paciente se traslada a quirófano para fijación externa de fémur y tibia izquierdos. Cirugía Vascular decide realizar bypass femoro-popliteo. Después de 5 horas de cirugía el paciente es trasladado a la UCI con necesidad de drogas vasoactivas, en acidosis metabólica (lactato 11,2 mmol/l) e hipotermia ($< 35^\circ C$). Tras 36 horas del accidente el paciente fallece.

Conclusiones: El packing extraperitoneal se ha descrito como una técnica para estabilizar hemodinámicamente a pacientes "in extremis" cuando no existe la posibilidad de arteriografía urgente. En el caso que presentamos la baja reserva fisiológica por la edad y patologías previas, y la situación hemodinámica posiblemente contraindicaban la realización de técnicas complejas de revascularización. Recomendamos el abordaje multidisciplinar, la estrategia de control de daños y la implicación temprana del cirujano general para el manejo de este tipo de pacientes.

P-162. INCISIÓN EN "TRAP-DOOR" EN TRAUMATISMO TORÁCICO PENETRANTE: ¿UN ABORDAJE OBSOLETO?

A. Fábregues Olea, A. García Marín, J. Martín Gil, A. Vaquero Rodríguez, C. Camarero Mulas, T. Sánchez Rodríguez, L. Álvarez Llano, Y. Al-Lal, M.D. Pérez Díaz, M. Sanz Sánchez y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Las incisiones en "Trap-door" han sido tachadas de muy mutilantes para las víctimas de traumatismos torácicos penetrantes con sangrado masivo y de exposición dificultosa.

Objetivos: Presentamos un caso de sangrado masivo secundario a herida por arma blanca en el área subclavicular izquierda, en un paciente musculoso que acudió a nuestro servicio de urgencias. La incisión en "Trap-door" fue inevitable para la exposición y reparación de la lesión, y probablemente le salvó la vida.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, traído a urgencias tras recibir una herida por arma blanca debajo de la porción media de la clavícula izquierda. Durante el traslado al hospital se minimizó el sangrado externo masivo mediante compresión manual. En urgencias, se introdujeron tres sondas Foley a través de la herida para control de la hemorragia, siendo inefectivas. Tras esto, se trasladó el paciente a quirófano. Se realizó una toracotomía anterolateral izquierda, que permitió la compresión a ciegas del vaso sangrante a través de la cavidad torácica, con lo que cesó el sangrado externo. Se realizó una incisión supra-infraclavicular, con sección de la clavícula, para exponer la lesión. Debido a la masa muscular del paciente, esta maniobra resultó insuficiente, con lo que la incisión se prolongó a lo largo del esternón realizando un abordaje en "Trap-door". Se objetivó una gran laceración de la vena subclavia izquierda, se ligó el vaso, se realizó hemostasia y se cerró la incisión. El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos, y de nuevo a Quirófano dos horas más tarde, debido al sangrado persistente a través de los drenajes torácicos. A través del "Trap-door" se realizó hemostasia cuidadosa. El paciente tuvo inicialmente una evolución tórpida, pero finalmente evolucionó favorablemente. Desarrolló una secuela inusual: ceguera bilateral severa secundaria a neuropatía óptica isquémica, que fue atribuida a la hipotensión y el uso de drogas vasopresoras. En las revisiones posteriores el paciente está asintomático, con buenos resultados estéticos y sin dolor en la cicatriz, así como con leve mejoría de su ceguera.

Conclusiones: La incisión en "Trap-door" es bastante infrecuente hoy en día, pero debe ser tenida en cuenta dentro de las herramientas que los cirujanos podemos emplear para controlar este tipo de lesiones y salvar la vida al paciente.

P-163. TRAUMATISMOS GENITOURINARIOS EN PACIENTES POLITRAUMÁTICOS GRAVES

S. Montmany Vioque, S. Navarro Soto, P. Rebas Cladera, A. Luna Aufroy, C. Gómez Díaz, J. Hermoso Bosch, D. García Rojo, N. Hannaoui Hadi, M. Barrio Muñoz, J.M. Hidalgo Rosas y G. Cánovas Moreno

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: El traumatismo genitourinario constituye el 8-10% de los traumatismos abdominales, siendo el riñón el órgano mayormente afectado en más del 50% de casos. La hematuria es el síntoma guía, pero puede estar ausente incluso en traumatismos graves, siendo necesario un alto índice de sospecha basado en el mecanismo de acción y las lesiones abdominales asociadas.

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo que incluye todos los pacientes politraumatizados mayores de 16 años

ingresados en el área de críticos o que han sido exitus antes del ingreso. Para cada enfermo se recogen datos demográficos, datos prehospituarios y hospitalarios, mecanismo de acción, índice de severidad (ISS), resolución, lesiones, complicaciones y tratamiento. Se definen las lesiones inadvertidas como las lesiones detectadas después de la revisión primaria y secundaria, mayoritariamente después de las primeras 24h del traumatismo. Se entiende como lesión inadvertida clínicamente relevante, las lesiones inadvertidas graves.

Resultados: Entre marzo del 2006 y agosto del 2009 se han registrado 480 pacientes con ISS medio de 22,07. El 7,3% de los pacientes han presentado traumatismo genitourinario existiendo 23 lesiones renales, 4 vesicales, 13 suprarrenales y 2 ureterales. Los pacientes con traumatismo genitourinario presentan más gravedad (ISS medio de 34, $p < 0,05$) y más mortalidad (11,42% vs 10,64% de mortalidad global, $p > 0,05$). El 14,28% de los casos precisó una intervención quirúrgica por sangrado activo o por ruptura vesical. Se realizó tratamiento conservador en el resto de casos incluyendo embolización y colocación de catéter doble J. El 23,2% de los pacientes presentó alguna lesión genitourinaria inadvertida y el 12,3% de los pacientes presentó alguna lesión genitourinaria inadvertida clínicamente relevante, aunque sólo 1 paciente requirió tratamiento quirúrgico para estas lesiones inadvertidas. De las 42 lesiones genitourinarias, 5 fueron lesiones inadvertidas a causa de inadvertencia radiológica, clínica o quirúrgica. El 88,6% de los casos el traumatismo fue causado por un mecanismo cerrado. Entre los penetrantes, todos los causados por arma blanca fueron tratados de forma conservadora, mientras que todos los traumatismos por arma de fuego requirieron de intervención quirúrgica.

Conclusiones: El traumatismo genitourinario se asocia a traumatismos más graves y a mayor mortalidad. Por su clínica insidiosa y su frecuente asociación a lesiones intraabdominales graves, se requiere un alto índice de sospecha para evitar lesiones inadvertidas que comporten un retraso del tratamiento adecuado.

P-164. CORRELACIÓN DEL ÍNDICE DE SHOCK AL INGRESO CON LA GRAVEDAD ANATÓMICA Y MORTALIDAD EN TRAUMA

T. Sánchez Rodríguez, A. García Marín, C. Camarero Mulas, A. Vaquero Rodríguez, D. Pérez Díaz, F. Turégano Fuentes, L. Álvarez Llano, A. Fábregues Olea, J. Martín Gil, Y. Mohamed Al-Lal y M. Sanz Sánchez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: El índice de shock (IS) (frecuencia cardíaca/tensión arterial sistólica) $> 0,9$ es un parámetro de mal pronóstico en pacientes con trauma grave. Nuestro objetivo es analizar el índice de shock, escalas de gravedad y mortalidad en los pacientes ingresados en el registro de trauma de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional realizado en un periodo de 16 años (julio de 1993-julio de 2009). Se han analizado las características demográficas, mecanismo de lesión, índice de shock, gravedad según ISS y NISS y mortalidad.

Resultados: Se registraron 620 pacientes (35%) con un IS $\geq 0,9$, de un total de 1.825 pacientes; con una mortalidad del 30% (185 pacientes), 64 pacientes falleciendo a la llegada, mientras que en los pacientes con IS $< 0,9$ la mortalidad fue del 13% (147 pacientes) falleciendo 45 de ellos a la llegada. Las escalas de gravedad en ambos grupos fueron un ISS medio de 27 (± 15) y un NISS medio de 30,6 ($\pm 15,6$) en los pacientes con un IS $\geq 0,9$ y un ISS medio de 18,9 ($\pm 12,4$) y un NISS medio de 22,7 ($\pm 13,9$) en los pacientes con un IS $< 0,9$. En ambos grupos predominó el traumatismo cerrado, siendo el 80% de los pacientes con IS $\geq 0,9$ y un 73% de los pacientes con un IS $< 0,9$.

Conclusiones: Los pacientes politraumatizados con un índice de shock $\geq 0,9$ tienen una elevada tasa de mortalidad. Un índice de shock elevado es un factor de mal pronóstico en pacientes politraumatizados, independientemente del mecanismo de lesión.

P-165. ROTURA DIAFRAGMÁTICA POR TRAUMA ABDOMINAL: EXPERIENCIA EN 64 CASOS

P. Planellas Giné, J.I. Rodríguez Hermosa, S. Herranz Uldemolins, E. Rovira Pujol, A. Pigem Rodeja, A. Ranea Goñi, J. Gironès Vilà, E. Artigau Nieto, E. Castro Rodríguez, J. Roig García y A. Codina Cazador

Hospital Josep Trueta, Girona.

Introducción: La rotura traumática del diafragma en el paciente politraumático es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico (un 12-60% de los casos pasa inadvertida en la evaluación inicial). La lesión es izquierda en el 80% de los casos. La etiología es diversa, siendo los accidentes de tránsito la causa más frecuente en nuestro medio.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes con lesiones diafragmáticas en el contexto del enfermo politraumático en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona, desde enero de 1986 a marzo de 2009, atendidos por el Servicio de Cirugía. Se estudiaron datos demográficos, mecanismo lesional, diagnóstico, clínica, grado DIS (Diaphragmatic Injury Score), índice ISS (Injury Severity Score), localización, herniación visceral, lesiones asociadas, cirugía, demora del diagnóstico, ingreso en UCI, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Se han atendido a 64 pacientes con rotura diafragmática (56 hombres; 87,5%), con una edad media de 41 ± 21 años. La causa principal fueron los accidentes de tráfico (65%). En ocho casos (13%), el diagnóstico se realizó de forma diferida y se realizó cirugía programada. El cuadro clínico más habitual fue el abdomen agudo o el shock hemodinámico. El DIS más frecuente fue el grado III. La media del ISS fue 20 ± 13 . El hemidiafragma izquierdo fue el más lesionado (57 casos; 89%) y el estómago fue la víscera más frecuentemente herniada (28 casos; 44%). Se practicó sutura diafragmática en todos los casos. La lesión intraabdominal asociada más común fue el traumatismo esplénico, con esplenectomía en 15 casos (24%). El diagnóstico fue mediante TC abdominal en 47 casos, en 8 casos fue un hallazgo en el seguimiento ambulatorio y en 4 casos fue un hallazgo intraoperatorio. El 52% de los pacientes ingresaron en la UCI. Se reintervinieron a 2 pacientes (3%). La estancia media hospitalaria fue de 17 ± 15 días. La morbilidad postoperatoria fue del 24% (15 casos) y la mortalidad del 3% (2 pacientes).

Conclusiones: La rotura diafragmática traumática es poco frecuente, pero debemos sospecharla ante traumatismos abdominales graves. La TC toraco-abdominal es muy útil en el diagnóstico. El pronóstico depende de las lesiones asociadas. La reparación quirúrgica precoz mediante laparotomía permite además revisar la cavidad abdominal y evita complicaciones graves a corto y largo plazo.

P-166. IMPORTANCIA DE LOS CRITERIOS DE TRIAGE INTRAHOSPITALARIO EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD POR POLITRAUMATISMO

I. Martínez-Casas, I. Martínez-Casas, J.J. Sancho Insenser, S. López Gordo, E. Membrilla Fernández, X. Crous Masó, M.J. Pons Fragero, R. Prieto Butillé y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: Entre el 5-10% de pacientes estables y sin lesión anatómica aparente pueden presentar lesiones graves. Para capturar el 90% de pacientes graves es preciso sobre-valorar en-

tre el 30-50%. El objetivo del estudio es analizar el valor pronóstico de mortalidad de los criterios empleados en un sistema escalonado de triage en dos etapas.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una serie prospectiva de pacientes politraumáticos. La variable principal es la mortalidad. Se estudian los criterios de activación del Equipo de Trauma/Equipo de Trauma Grave (ET/ETG). También se analizan variables demográficas, fisiológicas y analíticas del paciente respecto a su relación con la mortalidad.

Resultados: Desde enero de 2006 a marzo de 2010 el Protocolo de Triage y Atención Inicial del Paciente Politraumático fue activado para 1.281 pacientes. El 71% varones, de edad media 40 ± 18 años. El ISS medio de los pacientes fue 9 ± 10 y el 18% presentaron ISS > 15 . La mortalidad global fue del 4,2% y se asoció significativamente con score ISS > 15 (0,2% vs 24,6%; $p < 0,001$). Los traumatismos fueron accidentes de tráfico (53,2%), agresiones (21,6%), caídas casuales (18,1%), accidentes laborales (5,6%) e intentos autolíticos (1,5%), siendo estos últimos los de mayor mortalidad (33,3%; $p < 0,001$). Los pacientes fallecidos tenían mayor edad media (65 ± 22 vs $39,4 \pm 17$; $p < 0,001$). Los criterios fisiológicos que se asociaron con mortalidad fueron: Glasgow Coma Score < 15 (2% vs 20%; $p < 0,001$), parada cardio-respiratoria o IOT prehospitalaria (3,3% vs 57%; $p < 0,001$), arreactividad pupilar o anisocoria (3% vs 73,3%; $p < 0,001$), hemorragia grado III/IV (4% vs 28,6%; $p = 0,03$), TAS < 90 (3,7% vs 19,2%; $p = 0,003$). Ningún criterio de triage anatómico se asoció a mortalidad. Entre los criterios de mecanismo, sólo las caídas > 4 metros (2 metros en > 65 años) se asociaron a mayor mortalidad (3,3% vs 19%; $p < 0,001$). Se asociaron con mortalidad la edad > 65 años (2,8% vs 19,4%; $p < 0,001$) y la patología grave preexistente (3,9% vs 15%; $p = 0,04$). Los criterios de activación del ETG que se asociaron con mortalidad fueron: compromiso de vía aérea (3,4% vs 50%; $p < 0,001$), frecuencia respiratoria < 10 o > 29 rpm (3,8% vs 33,3%; $p = 0,001$), TAS < 90 mmHg (3,8% vs 30,8%; $p = 0,001$), Glasgow Coma Score < 13 (27,7% vs 45,2%; $p < 0,001$), RTS < 12 (3,6% vs 83,3%; $p < 0,001$). Sin embargo, no hubo diferencias entre los valores medios de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial sistólica y temperatura entre supervivientes y fallecidos. Los pacientes fallecidos presentaban niveles inferiores de hemoglobina inicial ($14,5 \pm 6,7$ vs $11,7 \pm 1,8$; $p < 0,001$), plaquetas (235×10^3 vs 75×10^3 vs 186×10^3 vs 63×10^3 ; $P = 0,005$), pH ($7,35 \pm 0,06$ vs $7,32 \pm 0,12$; $p = 0,05$) y tiempo de protrombina ($93,5 \pm 64$ vs $62,8 \pm 28$; $p = 0,001$). Así mismo presentaron valores más altos de GOT (50 ± 94 vs 127 ± 188 ; $p = 0,009$), ácido láctico ($2,8 \pm 3,1$ vs $8,9 \pm 17,3$; $p < 0,001$), urea ($33,7 \pm 16,9$ vs $75 \pm 112,2$; $p < 0,001$) y PCR ($0,6 \pm 2$ vs $8,3 \pm 28,9$; $p < 0,001$).

Conclusión: Los criterios de triage fisiológicos son los que con más frecuencia se asocian a mortalidad. Además, criterios de mecanismo e historia no pueden excluirse del triage y se debe prestar especial atención a pacientes precipitados y ancianos con comorbilidad.

P-167. BODY PACKERS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

R. Latorre Fragua, P. Calero García, M. Díez Tabernilla, A. Calero Amaro, J. Páramo Zunzunegui, S. Corral Moreno, G. Housari Martínez, R. Grajal Marino, E. Lobo Martínez, A. Sanjuanbenito Dehesa y M. Zunzarren

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La llegada de body-packers a los hospitales ha ido en aumento en los últimos años, el principal objetivo de este estudio es la revisión de los casos estudiados en nuestro hospital, ya que siendo de referencia para el aeropuerto Madrid Barajas tiene una elevada casuística, intentando determinar la necesidad de

indicar la cirugía en un determinado momento y observar si el hecho de demorar el tratamiento quirúrgico en pacientes que finalmente lo necesitan aumenta el número de complicaciones.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo sobre la experiencia en el Hospital Ramón y Cajal en el manejo de los body-packers. Desde enero de 1999 hasta diciembre de 2009, 446 pacientes fueron admitidos en el servicio de urgencias por ser portadores de sustancias ilegales en su cuerpo. Todos ellos tuvieron el mismo protocolo de tratamiento y supervisión médica.

Resultados: 446 pacientes tratados, con una edad media de 34,95 (21-63). El manejo inicial se decide en función de la existencia o no de signos o síntomas de intoxicación aguda u obstrucción, 426 pacientes no presentaban sintomatología de intoxicación por lo que se inició tratamiento conservador con laxante, mientras que 20 pacientes fueron intervenidos en el momento de su llegada a urgencias. A 18 de los 426 pacientes a los que se aplicó tratamiento conservador hubo finalmente que intervenirles, ya fuera por aparecer síntomas de intoxicación, por obstrucción o por deterioro de las bolas expulsadas. El número medio de días hasta la cirugía fue de 4,39 (horas-27 días). El número medio de días de ingreso en los pacientes a los que sólo se aplicó tratamiento conservador fue de 3,38 (horas-30 días), mientras que los pacientes intervenidos estuvieron ingresados una media de 20,24 días (5-67). Durante la cirugía se encontraron bolas en 10 pacientes (26,3%) de los operados, siendo la sospecha de bola rota/intoxicación indicación de cirugía en 20 casos. El 4,21% de los pacientes operados sufrieron complicaciones, generalmente leves. 2 pacientes fallecieron por fallo multiorgánico a causa de la intoxicación.

Conclusiones: En pacientes asintomáticos es conveniente intentar tratamiento conservador porque se logra evitar la gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas, sin asociar un aumento de la tasa de complicaciones (p no significativa). El número de días de tratamiento conservador no lleva consigo un incremento de la tasa de complicaciones (p no significativa). Las complicaciones graves están asociadas a la intoxicación por cocaína, por lo que debe realizarse la intervención lo más precozmente posible cuando se detecten datos sugestivos de toxicidad o cuando aparezcan bolas deterioradas.

P-168. HERIDA TRANSMEDIASTÍNICA POR ARMA DE FUEGO CON LESIÓN CARDIOPULMONAR

J. Martín Gil, A. García Marín, A. Vaquero Rodríguez, T. Sánchez Rodríguez, I. Amunategui Prats, D. Pérez Díaz y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Las heridas por arma de fuego han aumentado en los últimos años entre la población civil y suponen un problema terapéutico al que se enfrentan, cada vez más, los cirujanos en los servicios de Urgencias.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente con una herida torácica por arma de fuego, con trayecto transmediastínico y lesión cardio-pulmonar y su manejo en el servicio de Cirugía de Urgencias de nuestro centro.

Caso clínico: Paciente varón de 43 años de antecedentes desconocidos. A la llegada a escena de SAMUR- PC el paciente se encuentra consciente, taquipneico, diaforético y hemodinámicamente estable. Presenta un orificio por proyectil en región infraclavicular izquierda, por lo que se decide estabilización, intubación orotraqueal y traslado a nuestro centro. A la llegada a Urgencias el paciente continúa intubado, con buena saturación y estable desde el punto de vista hemodinámico. Siguiendo el protocolo ATLS se realiza una radiografía de tórax que muestra un hemotórax derecho, por lo que se coloca un tubo de drenaje con un débito de 1.200 cc;

se realiza también un ecocardiograma que muestra derrame pericárdico con buena movilidad cardiaca. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Es intervenido por esternotomía media objetivando un hemopericardio escaso, orificio de entrada en el tracto de salida del ventrículo derecho y orificio de salida en aurícula derecha, se observa también progresión del proyectil hacia el hemotórax derecho. Se realizó sutura primaria de ambos orificios con puntos de Prolene 3.0 apoyados en teflón, control de hemostasia en pulmón derecho e implantación de marcapasos en ventrículo derecho. El paciente evolucionó de forma satisfactoria en el postoperatorio inmediato consiguiéndose extubar sin incidencias y precisando únicamente en las primeras horas drogas vasopresoras. Reinició la tolerancia oral y la evolución radiográfica del derrame derecho evolucionó hacia la resolución. El ecocardiograma al alta confirmó buena movilidad de cavidades cardiacas sin datos de comunicación interventricular. Fue dado de alta a los doce días de la intervención.

Conclusiones: Las heridas cardiacas por arma de fuego presentan una elevada mortalidad y su pronóstico depende, entre otros, de una actitud quirúrgica precoz y de un procedimiento preoperatorio de reanimación adecuado.

P-169. TERAPIA VAC PERINEAL Y LUMBOSACRA EN TRAUMATISMO PÉLVICO SEVERO

A. Huidobro Piriz, E. Carretero Cabezudo, E. Castrillo Arconada, P. de Castro Monedero, D. Gómez Alonso y J.L. Álvarez Conde

Complejo Asistencial, Palencia.

Objetivos: Valorar que la aplicación de la terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) favorece la cicatrización de una herida con gran pérdida de sustancia en paciente politraumatizado.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 54 años con traumatismo pélvico severo por aplastamiento con extensa avulsión de los tejidos musculocutáneos que afectan a la región dorsolumbar y perineal, causado por atropello por vehículo de alto tonelaje. Durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos se practicaron desbridamientos quirúrgicos seriados y tras la eliminación completa de las zonas de necrosis, se ha utilizado un sistema de vacío como estímulo de la cicatrización, empleándose como terapia el sistema V.A.C, que mantiene una presión aspirativa constante, acelerando la cicatrización tisular y permite la evacuación de exudados. Ello permite mayor confort para el paciente y mejor manejo de las curas consecutivas.

Resultados: Tras dos meses de terapia V.A.C., se ha conseguido una regeneración completa de planos profundos hasta el momento de remitir al paciente al Servicio de Cirugía Plástica para injerto cutáneo. La evolución de todo el proceso se muestra mediante fotografías seriadas.

Conclusiones: El sistema V.A.C. constituye una alternativa eficaz a las curas habituales por permitir la aceleración de la cicatrización, mejorando la comodidad del paciente, reduciendo la estancia hospitalaria y posibilitando la implantación de injertos.

P-170. ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO SECUNDARIO A LESIÓN RECTAL TRAUMÁTICA

C.J. Gómez Díaz, J. Hermoso Bosch, S. Serra Pla, S. Montmany Vioque y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción y objetivos: En la vida cotidiana, la incidencia de los traumatismos rectales es baja, sin embargo, dado que los tejidos blandos y espacios virtuales pélvicos, son altamente susceptibles de complicaciones sépticas secundarias a fugas fecas

les tras lesiones rectales, es importante la sospecha clínica de este tipo de lesiones, y más aún, establecer una adecuada estrategia diagnóstica y terapéutica.

Caso clínico: Hombre de 45 años que sufrió un accidente de moto vs coche, y fue traído a Urgencias. A su llegada presentaba la vía aérea permeable con saturación de O₂ de 98%, hemodinámicamente estable, normotérmico y con Glasgow 15. Presentaba dolor a la palpación de la pelvis y una herida penetrante inguino escrotal sin sangrado activo. TC: fracturas pélvicas, hematoma retroperitoneal hasta el espacio prevesical sin signos de sangrado activo. Paciente fue llevado a quirófano para la colocación de fijación externa pélvica y revisión de herida inguino escrotal, evidenciando una perforación intestinal a nivel de la unión recto-canal anal, que se suturó parcialmente y luego se dejó drenaje de penrose. 10 días después del accidente, se evidenció gran enfisema subcutáneo que ascendía desde región escrotal hasta región cervical provocando disfonía, por lo que se realizó TC en el que se apreciaba aumento del aire a nivel del trayecto recto-escrotal, enfisema subcutáneo que comprometía región escrotal, pared abdominal y torácica bilateral, región cervical, mandibular y mediastino superior, sin pneumoperitoneo ni colecciones intrabdominales. Ante estos hallazgos se procedió a la revisión quirúrgica de región rectal, donde se evidenció, hematoma de pared rectal anterior y dehiscencia parcial de la sutura previa, y se realizó dilatación anal forzada, dejando posteriormente una sonda foley a nivel de ampolla rectal con el fin de disminuir la presión local; asimismo, se realizó FBS, descartando lesión traqueal. Sin embargo, al no objetivarse mejoría, 2 días después se realizó una colostomía laparoscópica en loop, con el cabo distal cerrado.

Resultados: El paciente presentó una remisión progresiva de enfisema subcutáneo, asimismo, toleraba dieta oral y la colostomía era funcionante.

Conclusiones: El enfisema extraperitoneal y subcutáneo constituye una complicación rara de los traumatismos rectales extraperitoneales. Este enfisema extraperitoneal puede desplazarse a través del espacio subcutáneo en la pared abdominal y torácica, así como a través del espacio retroperitoneal y el mediastino posterior. Los pacientes con sospecha de traumatismo rectal deben ser valorados inicialmente según los criterios del ATLS, descartando así lesiones potencialmente mortales, para posteriormente, una vez estabilizado el paciente, proceder con la revisión secundaria, en la que se realizará una exploración minuciosa de la región perineal y ano-rectal.

TRASPLANTES DE ÓRGANOS

COMUNICACIONES ORALES

O-258. RESULTADOS NACIONALES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR TRAS COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

R. Robles Campos y E.M. Nacional

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La lesión iatrogénica de la vía biliar (LIVBP) pueden finalizar en trasplante hepático (TH), por insuficiencia hepática aguda (IHA), por hígado de sepsis o por cirrosis biliar secundaria (CBS).

Objetivos: Presentar la experiencia nacional de TH por LIVBP, tanto tras cirugía abierta (CA) como tras cirugía laparoscópica (CL), siendo la serie más larga publicada en la literatura consultada.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con indicación de TH en España por LIVBP (septiembre 1987-diciembre 2009). 26 pacientes tuvieron indicación de TH: 13 casos tras CA y 13 tras CL. Edad media: 51 ± 9,7 años (rango 35-65 años); 16 mujeres (62%). Tiempo entre la LIVBP y la indicación de TH: 64 ± 86 meses (rango 0-276). Las lesiones fueron E4 de Bismuth-Strasberg en 12 casos (46%), E3 en 9 casos (35%), E2 en 4 casos (15%) y no consta en 1 caso (4%). En 6 casos (23%) se asoció lesión vascular (de la arteria hepática común en 2 casos, de la arteria hepática derecha en 3 casos y de la arteria hepática común y de la vena porta en 1 caso). La media de intervenciones previas al TH fue de 1,9 (rango 1-5).

Resultados: 23/26 pacientes fueron trasplantados. Dos fallecieron en espera de trasplante urgente y 1 está en lista de espera para TH. Indicaciones: IHA en 2 casos, hígado de sepsis en 3 casos y CBS en los 18 restantes. La indicación de TH urgente fue más frecuente en el grupo de CL (4/10 casos) que en el grupo de CA (1/13) ($p < 0,05$). Así mismo, la indicación por CBS fue más frecuente en el caso de la CA (12/13 casos) que en el grupo de CL (6/10 casos) ($p < 0,05$). El seguimiento medio fue de 82,8 ± 17,3 meses (0,26-288 meses), mediana 72 meses. En 6 casos (26%) se realizó el TH con la técnica clásica y en 17 se realizó la técnica de Piggy-back (74%). La anastomosis biliar se realizó en todos los casos mediante HY-Roux. Morbilidad. – 17 pacientes presentaron complicaciones tras el TH. Cinco presentaron complicaciones biliares en relación con la HY-Roux (dehiscencia de anastomosis biliar en 3 casos, una estenosis de la HY-Roux y un caso con colangitis sin estenosis que se resolvió con tratamiento médico antibiótico. Dos pacientes precisaron retrasplante hepático para resolver la dehiscencia de la sutura biliar. Mortalidad. – 7 pacientes fallecieron (30%), 4 en el postoperatorio inmediato (17%) y 3 (13%) durante la evolución. La mortalidad fue superior cuando se realizó la indicación urgente de trasplante ($p < 0,05$), especialmente cuando existió IHA (falleció 1 de los 2 pacientes), y en hígado de sepsis (fallecieron 2 de los 3 pacientes). La mortalidad fue inferior en los pacientes con indicación por CBS (22%) ($p < 0,05$). La supervivencia a 1, 3, 5 y 10 años fue del 78%, 78%, 78%, 68%, respectivamente.

Conclusiones: El TH tras CBS por LIVBP obtiene buenos resultados a 5 años. La indicación urgente, aunque presenta peores resultados, está justificada.

O-259. PREDICCIÓN DE LA DISFUNCIÓN DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES MARGINALES DURANTE LA ÉPOCA MELD

R.J. Ortí Rodríguez, R. Ciria Bru, J. Briceño Delgado, A. Luque Molina, S. Rufián Peña, M. de la Mata y P. López Cillero

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Para explicar la influencia que el estado del receptor y las distintas variables de los donantes con criterios expandidos (DCE) tienen sobre la supervivencia del injerto y sobre la aparición de lesión de isquemia-reperfusión severa en la época MELD, analizamos nuestra serie de trasplantes hepáticos (TH), que fueron divididos en dos periodos: 400 TH (1992-2002 en época pre MELD) y 275 TH (2002-2007 de la época MELD).

Material y métodos: La disfunción primaria (DP), fue definida como fallo primario del injerto que requirió de retrasplante urgente o como pobre función inicial. Se procedió a validar los resultados del score-Córdoba sobre 5 variables del donante incluyendo las mismas en un nuevo modelo de análisis multivariante