

XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SEMICYUC

Miércoles 11 de junio

Comunicaciones orales

11:30 h - Sala Menor Trauma	76-82
11:30 h - Sala Castilla Infecciones en la Medicina Intensiva	83-88
11:30 h - Sala León Aspectos generales de la Medicina Intensiva II	89-94
11:30 h - Sala Zamora Diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo	95-100

Pósters

10:30-11:30 h - Sala Póster Patología infecciosa crítica II	P191-P-214
Síndrome coronario agudo III	P215-P234bis
Aspectos generales de la Medicina Intensiva I	P235-P252
Miscelánea	P253-P281bis
CON PRESENTACIÓN ORAL Cardiología intensiva	P282-P296

Trauma

076

077

FACTORES SISTÉMICOS INICIALES RELACIONADOS CON MUERTE ENCEFÁLICA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

J. Sánchez Olmedo, M. Pérez Alé, C. Pérez de la Torre, M. Rincón Ferrari, J. Flores Cordero, R. Amaya Villar y F. Murillo Cabezas
Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Conocer y evaluar la relación entre los distintos factores sistémicos o extracraneales iniciales y la presencia de muerte encefálica en el traumatismo craneoencefálico grave (TCEG).

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) neurotraumatológica. Se incluyeron pacientes con TCEG (Glasgow Coma Scale-GCS \leq 8), edad > 14 años y estancia en UCI > 24 horas. Se analizaron factores demográficos como edad y sexo, factores sistémicos iniciales como hipotensión arterial e hipoxemia a nivel prehospitalario, desarrollo de hipoxia, hipotensión arterial, shock y anemia en las primeras 24 horas de estancia en UCI, asociación con otras áreas corporales traumatizadas, TCDB e ISS. Se excluyeron pacientes con causa de exitus distinta a muerte encefálica. Se realizó análisis uni y multivariante considerándose significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 457 TCEG, de los cuales se excluyeron 41 por causa de exitus distinta a muerte encefálica y 12 por estancia menor de 24 horas. De los 404 pacientes con TCEG incluidos en el estudio el 84,4% eran varones y 15,6% mujeres. Presentaron muerte encefálica 59 pacientes (14,6%). La edad media de los pacientes que presentaron muerte encefálica fue de $46,10 \pm 22,01$ años, frente a los $29,53 \pm 14,95$ años de los que no la presentaron ($p < 0,0001$). En el análisis univariante la presencia de hipotensión arterial (49,2% vs 26,7%, $p < 0,0001$), hipoxemia (40,7% vs 21,7%, $p < 0,002$), anemia (57,6% vs 35,7%, $p < 0,001$) o shock (20,3% vs 5,5%, $p < 0,0001$) en las primeras 24 horas de evolución del TCEG, junto con las lesiones según TCDB e ISS son también altamente significativas. La asociación con otras áreas corporales traumatizadas no alcanzó significación estadística.

En el análisis multivariante la presencia de shock (OR: 6,74; IC 95% = 2,85-15,84) y la edad (OR: 1,05; IC 95% = 1,03-1,07) son los factores estadísticamente significativos.

Conclusiones: La presencia de shock y una mayor edad son factores que se asocian a muerte encefálica en el TCEG. El control de estos factores podría disminuir la incidencia de muerte encefálica en el TCEG.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD TRAUMÁTICA EN NAVARRA. GRUPO ETNA

J. Guergue Irazábal, J. Roldán Ramírez, J. Iturralde Yániz, N. Villanueva Martínez, A. Ansotegui Hernández y A. Díaz Villar
Medicina Intensiva. Hospital de Navarra, Pamplona - Iruña.

Objetivo: Describir la frecuencia y características de la mortalidad traumática en una población definida.

Métodos: Estudio transversal prospectivo mediante el registro de toda muerte traumática en una población de 550.000 habitantes (Comunidad foral de Navarra) y durante un período de 18 meses (1/01/2001-30/06/2002). Las fuentes de información han sido: Centro de coordinación 112, unidades de transporte medicalizado, urgencias de todos los Hospitales (4), instituto anatómico forense y prensa. Se analizaron las diferentes variables de persona, tiempo y lugar.

Resultados: Se han registrado 238 fallecidos lo que supone una tasa de mortalidad de 34,3 por 100.000 habitantes/año. Del total de fallecidos 171 (71,8%) lo fueron in situ, 12 (5%) durante el traslado o estancia en urgencias y 55 (23,1%) de forma diferida: en UCI: 44 (8,5%) y hospitalización 11. Edad media 50 años (21,4). Edad media de los fallecidos in situ: 44,6 años (18), de forma diferida 64 años (23,2) ($p < 0,05$). Sexo: 189 (79,4%) eran hombres. Mecanismo lesional: penetrante: 12 (5%), tráfico: 162 (68,1%), caída: 19 (8%), precipitación 34 (14,3%), otros 11 (4,6%). Tasa de mortalidad en tráfico: 19,6 por 100.000 habitantes/año. Intencionalidad: accidental: 175 (73,5%), laboral: 22 (9,2%), agresión: 8 (3,4%), suicida: 33 (13,9%).

Conclusiones: En nuestra serie, observamos una elevada tasa de mortalidad traumática. Los registros de trauma son una herramienta necesaria para definir un problema de salud y evaluar las diferentes políticas socio-sanitarias dirigidas a disminuir su prevalencia.

*Estudio financiado beca FISS/2001.

078

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ASISTENCIALES DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL GRAVE

J. Machado Casas, M. García Delgado, I. Navarrete Sánchez, M. Chavero Magro, J. Martín López y P. Navarrete Navarro
 UCI. H.U. Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Estudio del traumatismo abdominal grave, y análisis de las causas de diferentes pruebas diagnósticas y resultados posteriores.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico realizado durante 6 meses dentro del proyecto GITAN en Andalucía. Se incluyen los enfermos con traumatismo grave (RTS < 11 y/o ISS > 16) y traumatismo abdominal, analizándose variables epidemiológicas, clínicas, cronas diagnósticas y de cirugía inicial (< 24 horas), índices de gravedad, estancia en UCI, complicaciones y mortalidad hospitalaria. Realizamos análisis estadístico con t de Student y Chi-cuadrado.

Resultados: De los 612 traumatismos graves, noventa y tres (15,2%) tenían T. abdominal, siendo varones el 76,3% de ellos, y más jóvenes que los que no sufrieron T. abdominal (31,8 + 15 vs 37,1 + 20 años; p < 0,05). El accidente de tráfico fue el mecanismo lesional más frecuente (76,2%), y con respecto a los que no sufrieron T. abdominal, predominaba el de automóvil (46,7% vs 21,4%; p < 0,05) y el traslado en UVI-móvil (74,7% vs 63,7%; p = 0,05). El T. torácico (60 casos) y el TCE (36) fueron las otras áreas más frecuentemente afectadas. Se intervinieron 61 pacientes de forma urgente. Tiempos recogidos: trauma-hospital 56 minutos (30,103); llegada-Eco 45 min. (15,114); llegada-TAC 75 min. (35,171); llegada-cirugía 130 min. (59,296). La mediana de estancia en UCI fue 9 días y la mortalidad hospitalaria 22,6%.

Conclusiones: El perfil epidemiológico del trauma abdominal grave es diferente a otros traumatismos graves en nuestra región, y se asocia a T. torácico. El análisis de las cronas en la cadena diagnóstico-terapéutica podría ser útil en la mejora asistencial de estos enfermos.

080

INFECCIONES GRAVES EN EL POLITRAUMATIZADO EN ANDALUCÍA

M. Rincón Ferrari, M. Muñoz Sánchez, P. Navarrete Navarro, A. Carrión, V. Jorge Amigo, F. Murillo Cabezas, J. Jiménez Moragas y G. Gitan

Cuidados críticos y urgencias. Hrt. virgen del rocío, Sevilla. Cuidados críticos y urgencias. Virgen de las nieves, Granada. Cuidados críticos y urgencias. Hospital puerta del mar, Cádiz.

Objetivo: Analizar factores relacionados con el desarrollo de infecciones graves (IG) en el traumatizado grave (TG), así como la morbimortalidad.

Método: Estudio prospectivo multicéntrico realizado por el Grupo Interdisciplinar de Trauma de Andalucía. Se incluyen todos los TG de 16 hospitales andaluces durante 6 meses y se dividen en *Grupo 1*: los que desarrollan al menos una de estas IG: neumonía nosocomial (NN), bacteriemia primaria, infección de catéter o infección de la herida quirúrgica (HQ) y *Grupo 2*: los que no desarrollan ninguna de ellas. Se recogen datos demográficos, escalas de gravedad, área corporal lesionada, hipoxemia o hipotensión arterial durante las 1ª 24 horas, desarrollo de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), fracaso multiorgánico (FMO) y mortalidad y estancia en UCI. Se realiza estudio univariante, considerando la p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 613 TG, de los cuales 177 (28,9%) desarrollaron IG. Hubo 143 NN (23%), 33 (5,4%) bacteriemias, 37(6%) infección de catéter y 21 (3,4%) infección de HQ. No hubo diferencias en la edad, sexo, ISS, ni en la existencia de hipoxemia o hipotensión inicial. Sin embargo, las IG fueron más frecuentes en los grandes quemados, en el TCE y en el trauma facial grave. Hubo diferencias en el TSR (p = 0,005) y en el APACHE II (p = 0,006). En el *grupo 1* hubo más SDRA (p < 0,001) y FMO (p < 0,001), asociándose a mayor estancia en UCI y mayor mortalidad (23,2% vs 16,1%, p = 0,04).

Conclusiones: I TCE, el trauma facial grave y los grandes quemados son los traumatizados con mayor riesgo de IG, la cual se asocia a un aumento de la morbimortalidad.

079

SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO PRECOZ Y TARDIO EN PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES

S. García Gómez, M. Rincón Ferrari, R. Amaya Villar, J. Flores Cordero, P. Navarrete Navarro, M. Muñoz Sánchez y F. Murillo Cabezas

Cuidados Críticos y Urgencias. H. Virgen del Rocío, Sevilla. Cuidados Críticos y Urgencias. Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Analizar factores relacionados con el desarrollo de distres respiratorio agudo (SDRA) precoz y tardío en el traumatizado grave, así como conocer si existen diferencias en la morbimortalidad.

Método: Estudio observacional prospectivo incluyendo todos los traumatizados que desarrollan SDRA. Se dividen en 2 grupos: SDRA precoz y tardío. Se recoge: edad, sexo, ISS, área corporal lesionada, volumen de líquidos infundidos y politransfusión durante las 1ª 24 horas, desarrollo de neumonía nosocomial (NN) previa al SDRA, y variables relacionadas con la morbilidad, así como la mortalidad. Se consideró significación estadística cuando p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes con SDRA, de los cuales 4 (16%) fueron precoces y 21 (84%) tardíos. No hubo diferencias en la edad, en el sexo ni en el ISS. Todos los SDRA precoces presentaron trauma torácico grave frente al 66,7% en los tardíos (p = 0,08). El aporte de > 5l ocurrió en el 100% del grupo de SDRA precoz frente al 62% de los tardíos (p = 0,06). La transfusión masiva fue necesaria en la mitad de los SDRA precoz. La NN ocurría solo en los SDRA tardíos (15/21 pacientes, 93%) con p = 0,08. La estancia en UCI fue mayor en los SDRA precoces que en los tardíos, p = 0,02. La mortalidad global fue del 48%, siendo de 91,5% en el SDRA tardío frente al 8,3% en el precoz (p = 0,3).

Conclusiones: El SDRA precoz se relaciona con el trauma torácico grave y con la necesidad de alto aporte de volumen y transfusión. La NN es el factor más relacionado con el SDRA tardío, asociándose a una mayor morbimortalidad que el precoz.

081

CORRESPONDENCIA ENTRE DOS SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LOS TRAUMAS CRANEOENCEFÁLICOS: ESCALA DE COMA DE GLASGOW Y TRAUMÁTICO COMA DATA BANK

M. Cubedo, A. Costa, T. Mut, S. Mas, J. Madero y D. Mecho

Medicina Intensiva. Hospital General Castelló, Castelló.

Introducción y objetivo: Los traumas craneoencefálicos (TCE) suele evaluarse mediante 2 sistemas: uno clínico (Glasgow Coma Score-GCS) y otro descriptivo estructural (Traumatic Coma Data Bank-TCDB). Pretendemos estudiar la correspondencia entre GCS y TCDB y de cada uno de ellos con el resultado final de los TCE.

Pacientes y método: Durante 2000 a 2002 ingresaron en nuestra UCI 2747 pacientes de los que 175 por TCE aislado o asociado a otras lesiones, operados o no (118 no operados). Todos se evaluaron prospectivamente mediante GCS y TCDB. La gravedad se evaluó por ISS y SAPS II. El resultado se estratificó mediante Glasgow Outcome Scale (GOS).

Resultados: El GCS global al ingreso fué de $9,8 \pm 3,9$, siendo leves 37%, moderados 28% y graves 35%. Estaban sedados 42% de los casos. TCDB se estructuró en 18% en categoría I, 52% en la II, 8% en la III, 4% en la IV, 14% en la V y 4% en la VI. ISS global fué $25,6 \pm 19,3$ y SAPS II fué $33,5 \pm 22,7$ con una mortalidad predicha de 0,18. GOS obtuvo valor 1 en 20%, SMR 1,11. La correlación (x²) GCS-TCDB no ofreció diferencias significativas y tampoco TCDB-GOS. Si las hubo en la correlación GCS-GOS (p 0,000) con mayor mortalidad en valores de GCS de 3-4. ANOVA sólo obtuvo valores de p < 0,05 en los cruces entre TCDB e ISS y GCS. En cambio, ANOVA GOS e ISS, SAPS II, GCS y edad obtuvo siempre p < 0,05.

Conclusión: En nuestra serie, a pesar de la mayor objetividad de TCDB y las posibles interferencias de la sedación con GCS, la evaluación clínica se corresponde mejor con el resultado final de los TCE y su predicción por SAPS II.

MORTALIDAD DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN EL TRAUMATIZADO GRAVE

S. García Gómez, M. Rincón Ferrari, J. Flores Cordero, R. Amaya Villar, M. García Delgado, M. Pérez Alé y M. Muñoz Sánchez
Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Hrt. Virgen del Rocío, Sevilla.
Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Conocer la mortalidad del traumatizado grave (TG) que desarrolla un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), así como los factores relacionados con dicha mortalidad

Método: Estudio observacional prospectivo realizado durante un año incluyéndose todos los TG que desarrollan SDRA. Se dividen en dos grupos: éxitos y no éxitos, comparando entre ambos, mediante estudio univariante utilizando el test de Chi² y la t-Student, los siguientes parámetros: edad, sexo, ISS, APACHE II, TSR, día de aparición del SDRA, tipo de trauma y desarrollo de complicaciones infecciosas graves, así como de fracaso multiorgánico (FMO).

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, de los cuales 12 fueron éxitos (48%). Las siguientes variables no mostraron significación estadística: edad ($p = 0,16$), ISS ($p = 0,34$) ni TSR ($p = 0,27$), aunque el APACHE II sí lo fué ($14,8 \pm 7,2$ vs $9,15 \pm 5,4$, $p = 0,039$). No se encontró relación con el tipo de trauma: TCE ($p = 0,89$), fractura extremidades ($p = 0,26$), fractura de pelvis ($p = 0,21$), trauma de tórax ($p = 0,56$) y trauma de abdomen ($p = 0,30$). Tampoco hubo diferencias en el desarrollo de infecciones graves (Neumonía: 50% vs 50%, $p = 0,7$; infección de catéter: 60% vs 40%, $p = 0,32$; infección de herida quirúrgica: 43% vs 57%, $p = 0,64$), ni de FMO (56% vs 44%, $p = 0,21$). Sin embargo, 11 de los 12 éxitos correspondieron a SDRA de aparición tardía.

Conclusiones: El SDRA en el TG se asocia a una elevada mortalidad, no relacionándose significativamente ni con el tipo de trauma ni con el desarrollo de infección nosocomial, aunque sí con el momento de aparición del SDRA.