



## O-009 - DOS AÑOS DEL REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES TRAUMÁTICOS DE LA SECCIÓN DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

Aranda Narváez, José Manuel<sup>1</sup>; Pérez Díaz, Lola<sup>2</sup>; Yuste García, Pedro<sup>3</sup>; Gómez Viana, Leticia<sup>4</sup>; Aparicio Sánchez, Daniel<sup>5</sup>; Montmany Vioque, Sandra<sup>6</sup>; Artilles Armas, Manuel<sup>7</sup>; Titos García, Alberto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>4</sup>Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>6</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; <sup>7</sup>Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Introducción:** Como problema de inmensa magnitud en salud pública, el trauma precisa no solo medidas de prevención sino asistencia de calidad. Para ello es preciso comenzar por conocer la realidad asistencial actual para detectar oportunidades de mejora al estilo de sistemas de trauma a nivel internacional claramente concienciados con esta necesidad. En España hasta el momento no se disponía de un registro nacional, constituyendo el objetivo de la presente comunicación resumir los principales aspectos que definen al paciente traumático de nuestro país.

**Métodos:** En 2016 se diseñó desde la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la AEC una base de datos que incluía variables demográficas, relacionadas con el traumatismo, asistencia prehospitalaria e inicial en box, indicadores de gravedad, diagnóstico, necesidad de UCI o soporte transfusional, manejo y resultado final, creándose una plataforma web (<https://registro.politraumatismo.com>) para que cualquier cirujano desde cualquier centro pudiera introducir a través de identificación por usuario/clave los pacientes traumáticos atendidos que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: injury severity score (ISS  $\geq$  15) o trauma penetrante. Un informe global que se actualiza automáticamente está disponible en el mismo dominio y mediante recordatorio por mensajería electrónica periódica. Se trabaja actualmente en la incorporación de los datos a Excel y SPSS.

**Resultados:** Inicio del registro: enero 2017, con 23 hospitales participantes hasta el momento y máxima inclusión desde Madrid (Gregorio Marañón, 237; 12 de Octubre, 114), Ourense (Complejo Hospitalario Universitario, 119), Sevilla (Virgen del Rocío, 96), Sabadell (Parc Taulí, 88), Canarias (Dr. Negrín, 72) y Málaga (Regional Universitario, 44). En abril 2019 existen 775 expedientes registrados como completos, 77,7% varones y 22,3% mujeres, con edad mediana de 45 años e ISS de 22 (NISS: 24). El mecanismo más frecuente es el accidente de tráfico (45,8%: coche 16,2%; moto: 17,3%; atropello: 12,3%), seguidas de las precipitaciones (15%) y las caídas (10,5%). El trauma penetrante ha supuesto el 14% (fundamentalmente arma blanca, 11,6%). El empleo del FAST y del TAC como principales herramientas diagnósticas ha sido del 24,5% y del 92,5% respectivamente. En

el 10,8% se precisó la arteriografía como diagnóstico (90%) o adyuvancia del tratamiento (10%). El 55,8% de los pacientes precisó algún tipo de cirugía, con predominio en el global del registro de la abdominal abierta (41,8%, con solo el 2,5% de abordaje laparoscópico), traumatológica (47,1%) y neuroquirúrgica (11,5%). Se registró la necesidad de un damage control en el 12,2%. El 77,9% precisó ingreso en UCI con una mediana de 5 días. La mortalidad global fue del 11,3% de los registros. La frecuencia de activación del protocolo de transfusión masiva (PTM) fue del 14,5%.

**Conclusiones:** Los registros de trauma constituyen el comienzo ideal del bucle de control de calidad asistencial del paciente traumático. En nuestro país el trauma continúa siendo predominantemente cerrado por tráfico en paciente varón. La asistencia contempla adecuadamente el diagnóstico radiológico y el tratamiento quirúrgico con enfoque damage control cuando es necesario y muy escaso abordaje laparoscópico. Se precisa una mayor activación de los PTM en los hospitales con atención a pacientes traumáticos.