



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-014 - IMPLICACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Bernal Tirapo, Julia; Yuste García, Pedro; Gutiérrez Andreu, Marta; Moreno Bargeiras, Alejandro; Alegre Torrado, Cristina; Nieto Barros, Victor; de la Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El paciente politraumatizado es un paciente complejo que precisa de una atención rápida y multidisciplinar. El cirujano general juega un papel esencial tanto en la evaluación como en el tratamiento de las múltiples lesiones que pueden presentar estos pacientes.

Métodos: Análisis descriptivo de 155 pacientes politraumatizados atendidos por nuestro Servicio durante los últimos 39 meses.

Resultados: Nuestra serie presenta un 83% de varones, con edad media: 37 años (rango 15-83). Los mecanismos lesionales por orden de frecuencia fueron: heridas por arma blanca (n = 40), precipitación (n = 31), accidentes de moto (n = 29), accidentes de coche (n = 23), atropellos (n = 12) y heridas por arma de fuego (n = 4). En el 50,3% de los casos se trató de accidentes de tráfico (n = 78), 29,7% de agresiones (n = 46), 18,7% fueron intentos autolíticos (n = 29) y el 1,3% accidentes laborales (n = 2). La mayoría de los eventos sucedieron entre las 16.00h y 23.59h (38%). En atención prehospitalaria, 32% de los pacientes precisó intubación orotraqueal (IOT) y 8,5% necesidad de administración de drogas vasoactivas (DVA). El traslado se realizó en la mayoría de los casos en ambulancia con tiempo medio de 54 minutos. En la atención inicial a su llegada a nuestro centro: 24% hemodinámicamente inestables; administración de DVA: 32%; necesidad de IOT: 21%; necesidad de colocación de drenaje endotorácico: 25% y activación del protocolo de transfusión masiva: 27%. La gravedad hospitalaria la medimos según los índices ISS (*Injury Severity Score*) con mediana de 27 (rango 2-57) y NISS (*New Injury Severity Score*) con mediana de 30 (rango 2-57). La arteriografía fue realizada en 15% de los pacientes, con 7% de embolización esplénica, 4% hepática y 3% pélvica; siendo ésta utilizada en 6% de los pacientes quirúrgicos como primer tiempo. 70% precisaron intervención quirúrgica urgente (n = 107), destacando que de los 49 pacientes inestables al inicio 39 precisaron cirugía. Destaca 29,2% cirugía de control de daños y 7,1% abdomen abierto. Se realizaron 28% procedimientos combinados (n = 30): 17 abdomen-pelvis, 3 tórax-abdomen y 2 tórax-abdomen-pelvis. El primer tiempo quirúrgico más frecuente fue laparotomía (55,7%) y fijación externa (25,5%). Se objetivaron 221 lesiones abdominales. Los procedimientos más comúnmente realizados fueron: esplenectomía: 15, *packing* abdominal: 13, resección intestinal: 18, sutura simple: 41 y *packing* preperitoneal: 10. En 2 heridas de arma blanca se realizó abordaje laparoscópico. El 27,2% precisó cirugía de revisión. El 38% tuvo algún tipo de complicación (n = 58) destacando: coagulopatía: 45%, distrés respiratorio: 36%, necesidad de traqueostomía: 26%, lesión cerebral:

15,5% y neumonía: 14%. La estancia media en UVI fue de 8,8 días y en planta 11,2 días. La tasa de mortalidad fue 10,4%, con una media de 110 minutos desde la atención inicial hasta el fallecimiento.

Conclusiones: Es un hecho indiscutible que el paciente politaumatizado requiere un tratamiento multidisciplinar donde estén implicadas diferentes especialidades. La inestabilidad hemodinámica es un factor de riesgo para la necesidad de cirugía urgente en estos pacientes, por tanto el cirujano general debe formar parte activa de la valoración precoz y la toma de decisiones e indicar el tratamiento óptimo de estos pacientes para conseguir disminuir la morbimortalidad.