



P-527 - ¿CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS? NO SIEMPRE ES POSIBLE UNA TERAPIA PUENTE EN UN HOSPITAL COMARCAL

Gila Bohórquez, Antonio; Gómez Menchero, Julio

Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Introducción: El manejo del paciente politraumatizado es una realidad que hemos de tener en cuenta en Hospitales Comarcales, en la mayoría de los casos, por el estado de las carreteras que lo rodean así como a las actividades rurales de riesgo que se practican. Dichos hospitales, cuentan en su mayoría, únicamente con un cirujano general (habitualmente presencial y único) junto a su localización, sin otras especialidades disponibles presentes en el hospital como Urología, Cirugía Torácica o Cirugía Vasculat. Es por ello que ante la inestabilidad del enfermo, en muchas ocasiones, el cirujano se ve obligado a desarrollar acciones quirúrgicas para las cuales no se ha preparado o formado.

Caso clínico: Paciente varón de 21 años que sufre accidente de moto con impacto frontal con un quitamiedos con la consiguiente salida del piloto que concluye en un traumatismo sobre el hemiabdomen derecho con el tronco de un árbol. Sufre inestabilidad hemodinámica desde la primera evaluación en el lugar del accidente y se traslada rápidamente al centro más cercano (Hospital Comarcal). Se realiza ecografía *fast* la cual es positiva y, tras una estabilidad hemodinámica del paciente gracias al intensivista, se realiza tomografía abdominal que pone de manifiesto laceración grado 3 del segmento VI y VII hepático con sangrado activo, así como estallido renal (grado V) con hematoma retroperitoneal contenido. Una vez en quirófano, y con la intención de estabilizarlo hemodinámicamente, se realiza laparotomía exploradora y *packing* hepático para, con un abdomen abierto, trasladar para tratamiento definitivo en el hospital de referencia. Si bien, el paciente se inestabiliza con el fracaso de abdomen abierto y el *packing*, teniendo el cirujano que realizar nueva apertura del mismo, maniobra de Catell para realizar nefrectomía derecha, sutura de laceración en cava inferior previa a la entrada de la vena renal y nuevo *packing* hepático. Se estabiliza en UCI y, una vez estable, se deriva al Hospital de referencia donde se realizó *second look* gracias al abdomen abierto y hepatectomía parcial del segmento isquémico por la laceración.

Discusión: El politraumatizado precisa, en la mayoría de las ocasiones, de una cirugía de control de daños que permita la estabilización del enfermo y su posterior traslado a centro de referencia para su tratamiento definitivo. Si bien, en muchas otras ocasiones, la inestabilidad del enfermo obliga al cirujano a realizar acciones que salen de su especialidad exponiéndose a situaciones y campos desconocidos para él. Es por ello que la formación en otras áreas que no son exclusivamente de la Cirugía General durante su período formativo, es extremadamente importante para su paso por un Hospital Comarcal.