



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-691 - POLITRAUMATISMO EN EL PACIENTE ANCIANO: CUANDO LAS COSAS NO VAN BIEN

González Gómez, Carolina; Villadóniga Sánchez, Arantxa; Mate Mate, Paloma; Gortazar de las Casas, Sara; Ramos Martín, Pedro; Gazo Martín, José Antonio; González Alcolea, Natalia; Díaz Domínguez, Joaquín

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La atención al paciente politraumatizado continúa siendo un reto, para cirujanos jóvenes o experimentados, de hospitales terciarios o comarcales. A pesar de los diferentes avances tecnológicos y de la amplia disponibilidad de recursos de nuestro país, los resultados en la atención de estos pacientes no siempre resultan satisfactorios, dejando en muchas ocasiones un sabor agrídulce al equipo implicado en el caso.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 78 años de edad que sufre un atropello en la vía pública, con un desplazamiento a 10 metros de distancia. A la llegada del equipo de atención extrahospitalaria el paciente presenta estabilidad hemodinámica con Glasgow de 15/15 y amnesia del episodio. Se realiza un eco-fast, sin evidencia de líquido libre intrabdominal, y se decide traslado a nuestro centro. A su llegada a Urgencias el paciente presenta tensión arterial de 143/73 mmHg, frecuencia cardiaca de 81 lpm y saturación de 95%, con abdomen distendido, sin peritonismo. La realización de una tomografía axial computarizada (TAC) muestra una lesión esplénica grado IV con hemoperitoneo y una lesión renal izquierda grado II. Se decide laparotomía urgente, con esplenectomía, visualizando hematoma retroperitoneal izquierdo no expansivo. Tras la intervención el paciente presenta inestabilidad hemodinámica por lo que se traslada a la TAC, evidenciando aumento del hematoma perirrenal izquierdo con signos de sangrado arterial activo en cara lateral de tercio medio, secundario a una probable laceración cortical en polo inferior de riñón izquierdo. Se traslada al paciente a Reanimación y se decide embolización arterial selectiva. Durante el traslado y llegada a reanimación se encuentra coagulopático y acidótico, con anemización progresiva que impide la demora y el traslado a sala de Vascular Intervencionista obligando a una relaparotomía urgente. La apertura retroperitoneal evidencia un hematoma sin foco renal de sangrado, por lo que se cierra cavidad abdominal. A su llegada a la unidad de críticos el paciente se encuentra hipotérmico, acidótico y coagulopático, falleciendo a las 24 horas.

Discusión: En la atención al paciente politraumatizado es obligatoria la continua reevaluación del paciente, la correcta coordinación entre todo el equipo, y por supuesto una cirugía de control de daños con una reanimación fisiológica agresiva. Este paciente se encontraba estable a su llegada a urgencias y las lesiones diagnosticadas no revestían especial gravedad. El retraso en la reanimación, la incorrecta corrección de la acidosis y la segunda laparotomía no solo no mejoraron el pronóstico del paciente sino que favorecieron el empeoramiento de la coagulopatía y la hipotermia. Todo ello

acompañado de la pobre reserva fisiológica que presentan los pacientes ancianos, acelerando así el curso evolutivo. La atención al paciente politraumatizado en hospitales terciarios obliga a una correcta y periódica formación de los diferentes profesionales implicados, a una continua reevaluación del paciente, adelantándonos a las diferentes complicaciones que van surgiendo, con el fin de salvar no solo las primeras 24 horas tras el traumatismo sino las diferentes eventualidades hemorrágicas, infecciosas y multiorgánicas que irán surgiendo a lo largo del ingreso, resultando especialmente complejo en pacientes ancianos o pluripatológicos.