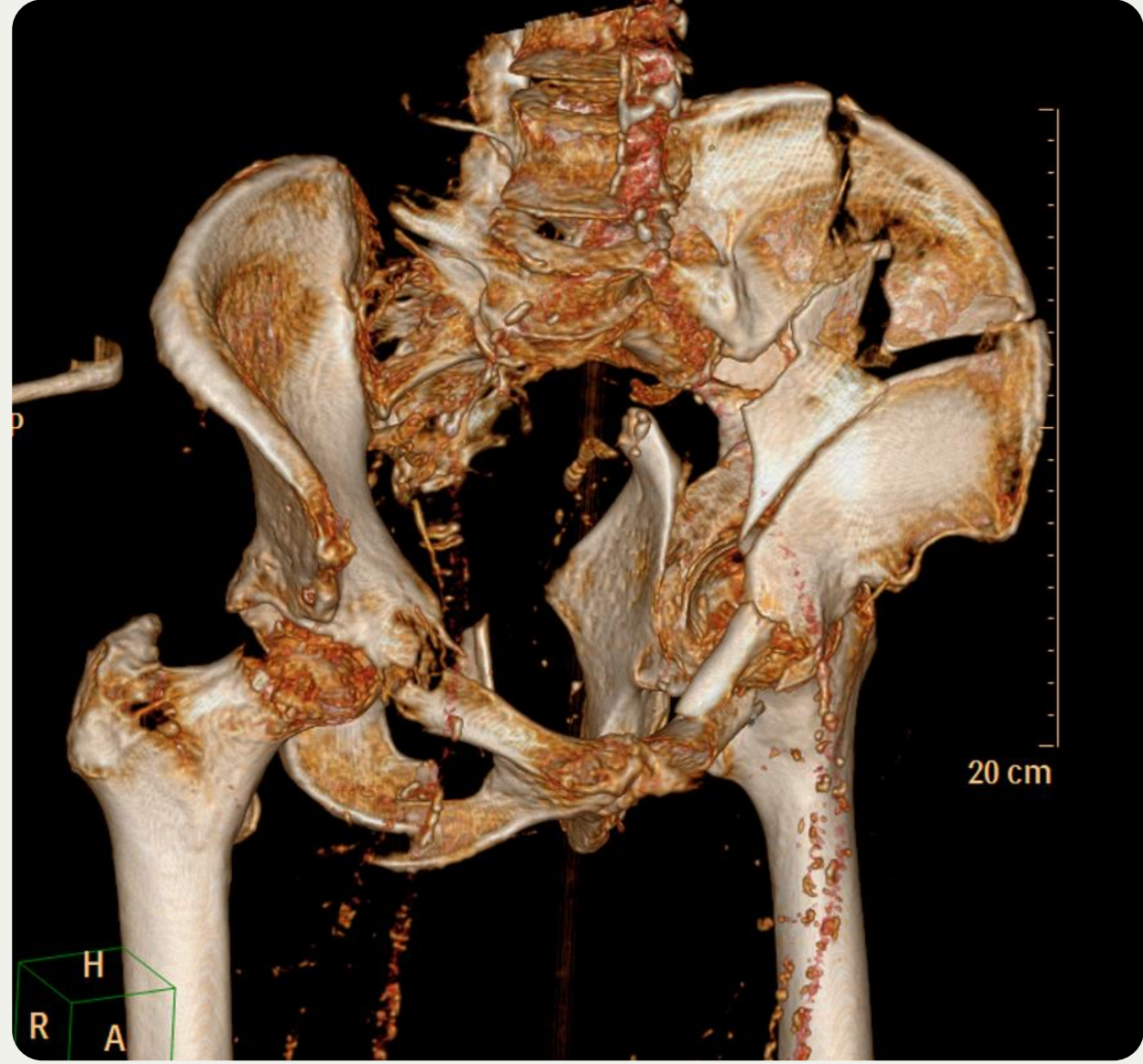


EVOLUCIÓN EN LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN EL POLITRAUMATIZADO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO ALBACETE (C.H.U.A.): 2007-2016

Alfaro Micó, J. Ros Amplé T, Jiménez Vizuete JM, Gerrero Álvarez MG, García Martín V, Jiménez Ortega P

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete



INTRODUCCIÓN:

La definición de enfermo politraumatizado y el abordaje de sus lesiones sigue en continua controversia. El tipo de tratamiento que llevaremos a cabo dependerá de que el paciente sea clasificado como estable, límite, inestable o extremo, según los criterios de Berlín (1). Aunque en los enfermos considerados estables existe tendencia a realizar la estrategia de tratamiento “*Early Total Care*” (ETC) y en los inestables se opta por “*Damage Control Orthopaedics*” (DCO) (2), no existe superioridad demostrada de una estrategia sobre otra en el tratamiento de este tipo de pacientes (3). Esta dicotomía ha evolucionado a un concepto más dinámico, el de *Safe Definitive Surgery*, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y su reevaluación continua (4).

OBJETIVOS:

Analizar el proceso diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado grave con lesiones del aparato locomotor en el C.H.U.A. durante la última década.

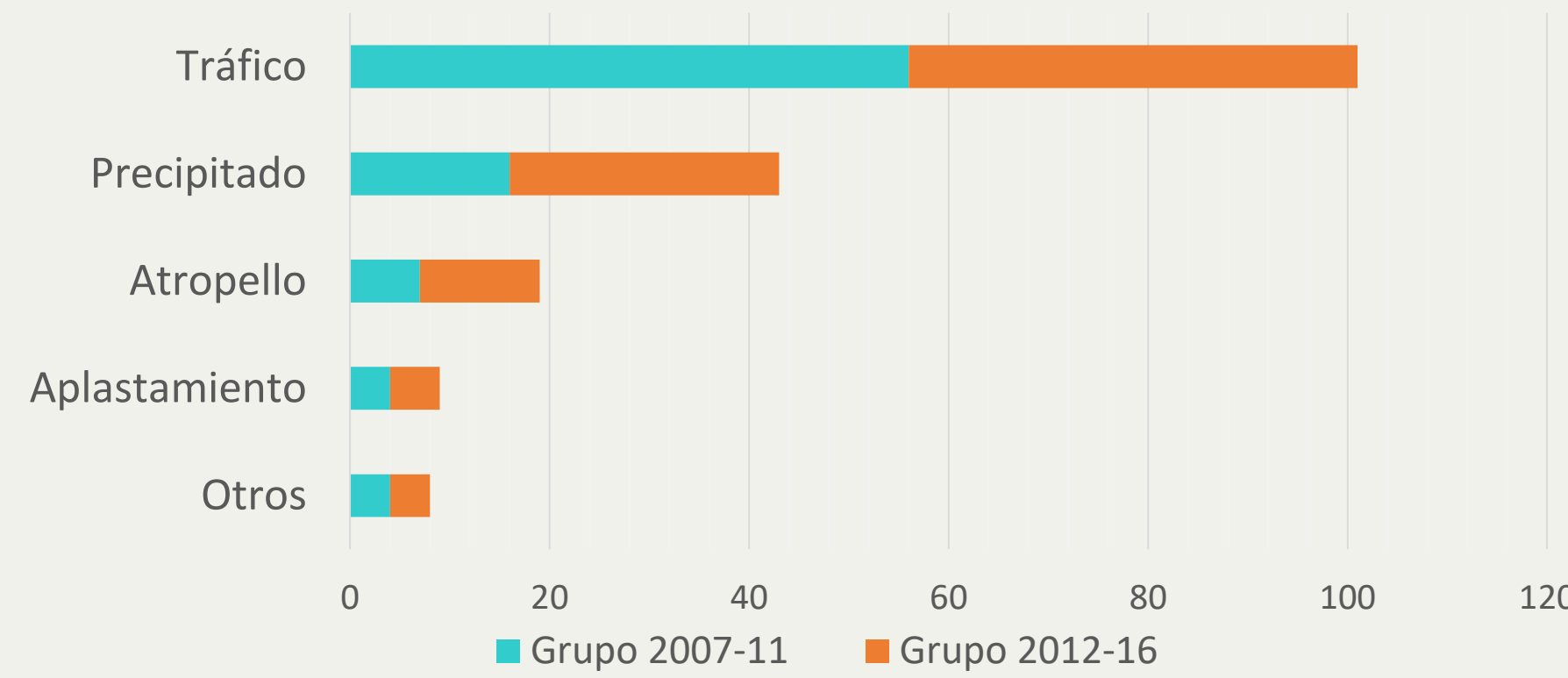
MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Reanimación del C.H.U.A. con diagnóstico de trauma grave entre enero de 2007 y diciembre de 2016. Los criterios de inclusión fueron un Injury Severity Score ≥ 16 y lesión del aparato locomotor que afectase a pelvis, huesos largos y/o columna vertebral. La muestra se divide en datos recogidos entre 2007-11 y 2012-16. Se describen las muestras y se comparan. Se recogen datos demográficos, fecha, estancias, tipo de accidente, lesiones, nivel de gravedad según criterios de Berlín, estrategia de tratamiento y complicaciones. Análisis de datos SPSS-22.00.

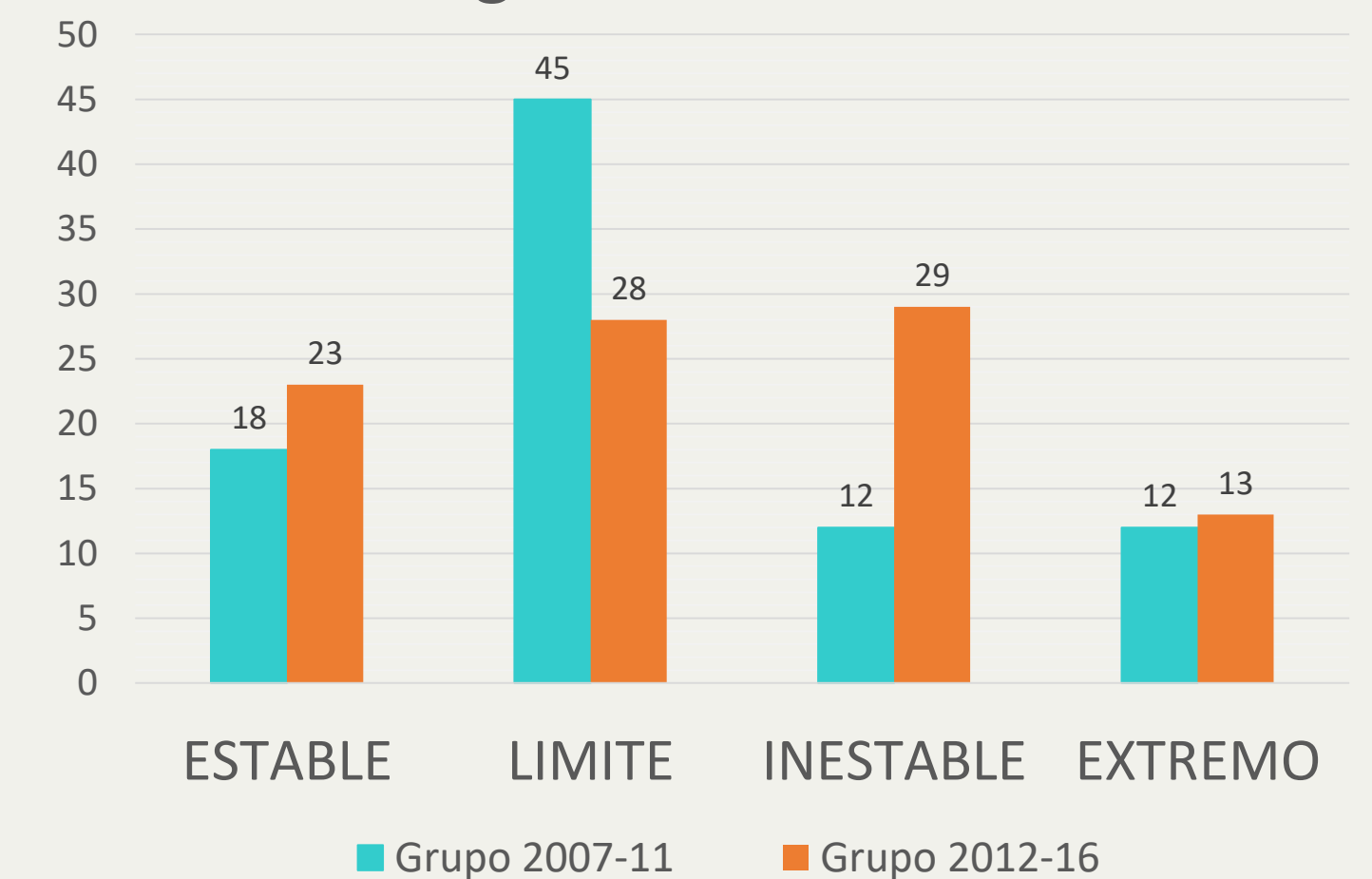


RESULTADOS: Se incluyen 180 pacientes (edad media 43,75 años y relación hombres-mujeres 2,76:1). La muestra se divide en 2007-11 (87 pacientes) y 2012-16 (93 pacientes). La media de edad de los politraumatizados ha aumentado de manera estadísticamente significativa (36,63 grupo 07-11; 50,40 grupo 12-16; $p < 0,001$). El accidente de tráfico (56,1%), seguido de precipitación (23,9%) fueron los mecanismos más frecuentes. En los últimos 5 años han aumentado las fracturas de pelvis, raquis, traumatismos craneoencefálicos y torácicos ($p < 0,05$); no lo han hecho los huesos largos y los traumatismos abdominales. La media de estancia hospitalaria fue 18,31 días y en la unidad de críticos 10,53 (rango 1-66), sin diferencias entre grupos. La complicación más frecuente fue el shock (33,7%). En los pacientes con nivel de gravedad “estable” se optó por una estrategia de tratamiento *ETC* y en los de gravedad “extrema” por *DCO* en ambos grupos de pacientes ($p < 0,05$). Hay variabilidad en la elección de tratamiento en niveles “borderline” e “inestable”. Durante la etapa 2012-16 existen más ingresados politraumatizados y presentan mayor número de complicaciones. Sin embargo se tratan de enfermos con más lesiones asociadas y que al ingreso se mostraron más inestables ($p < 0,05$). Existe una reducción significativa de la fijación externa pélvica en los últimos 5 años, que ha sido sustituida por las fajas pélvicas ($p < 0,001$).

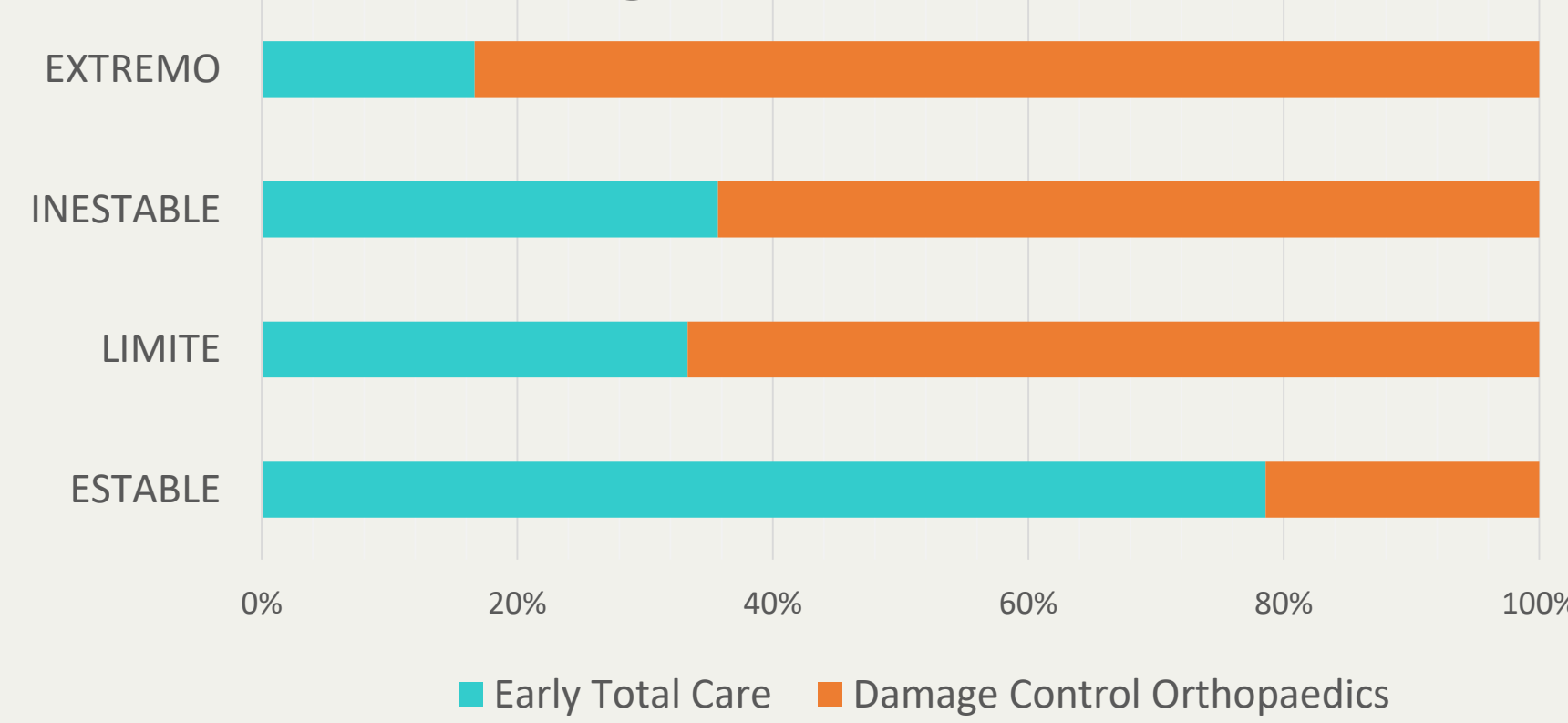
Mecanismo



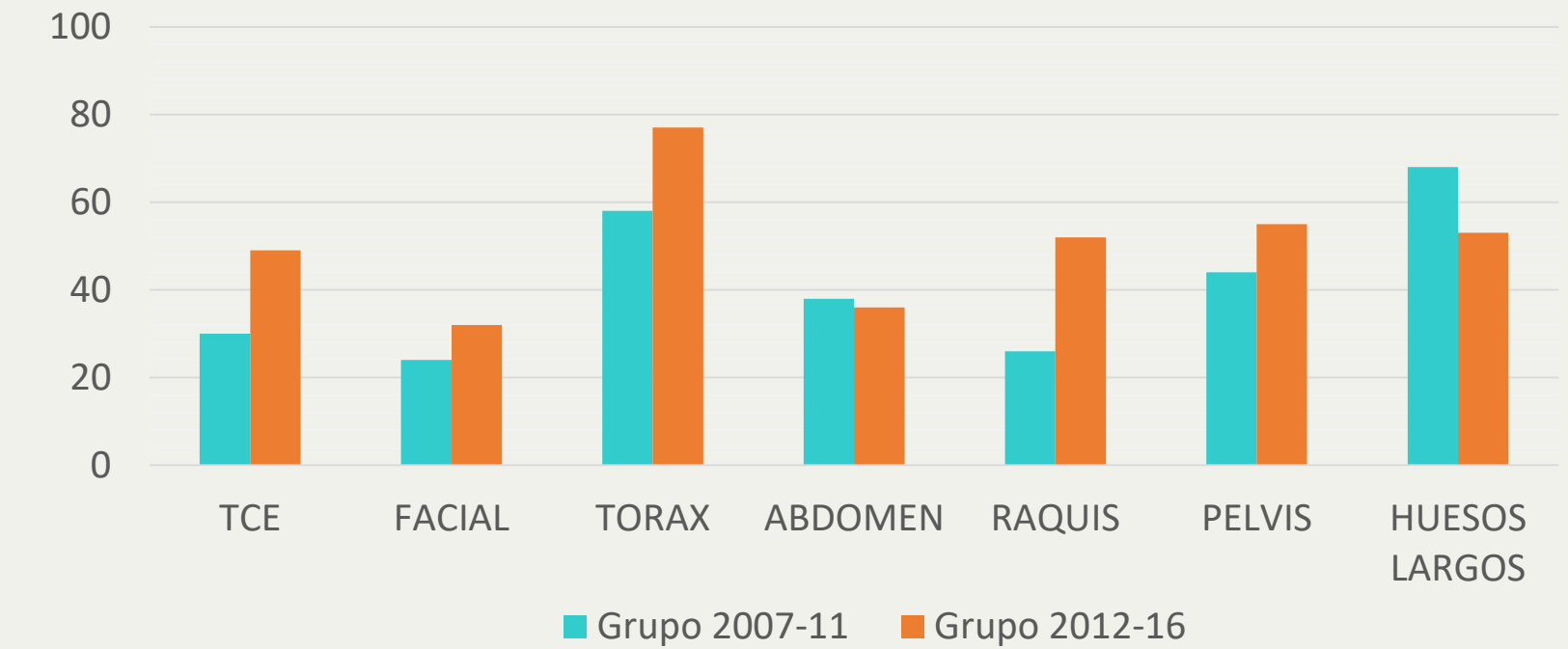
Clasificación de politraumatizado según criterios de Berlín



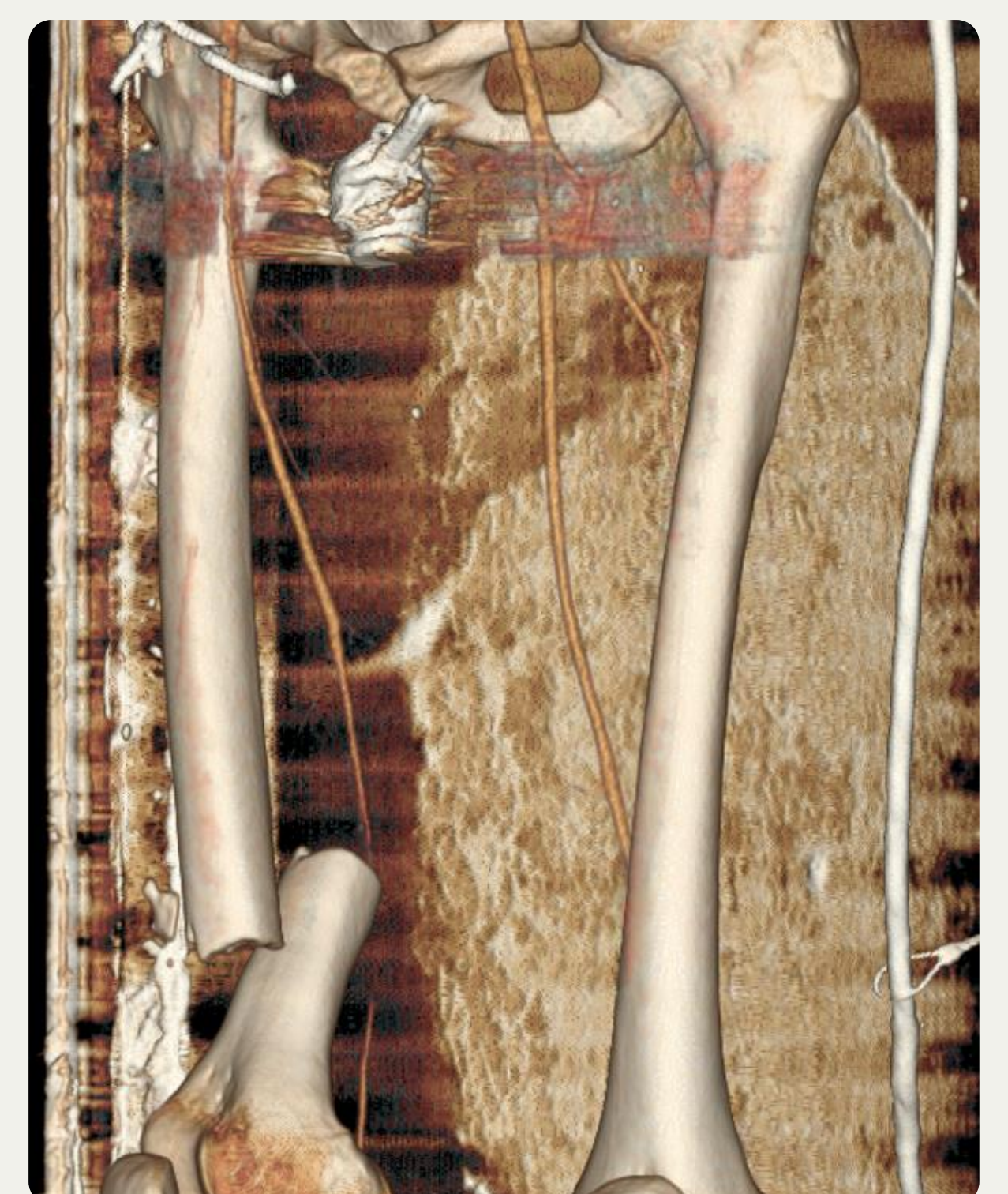
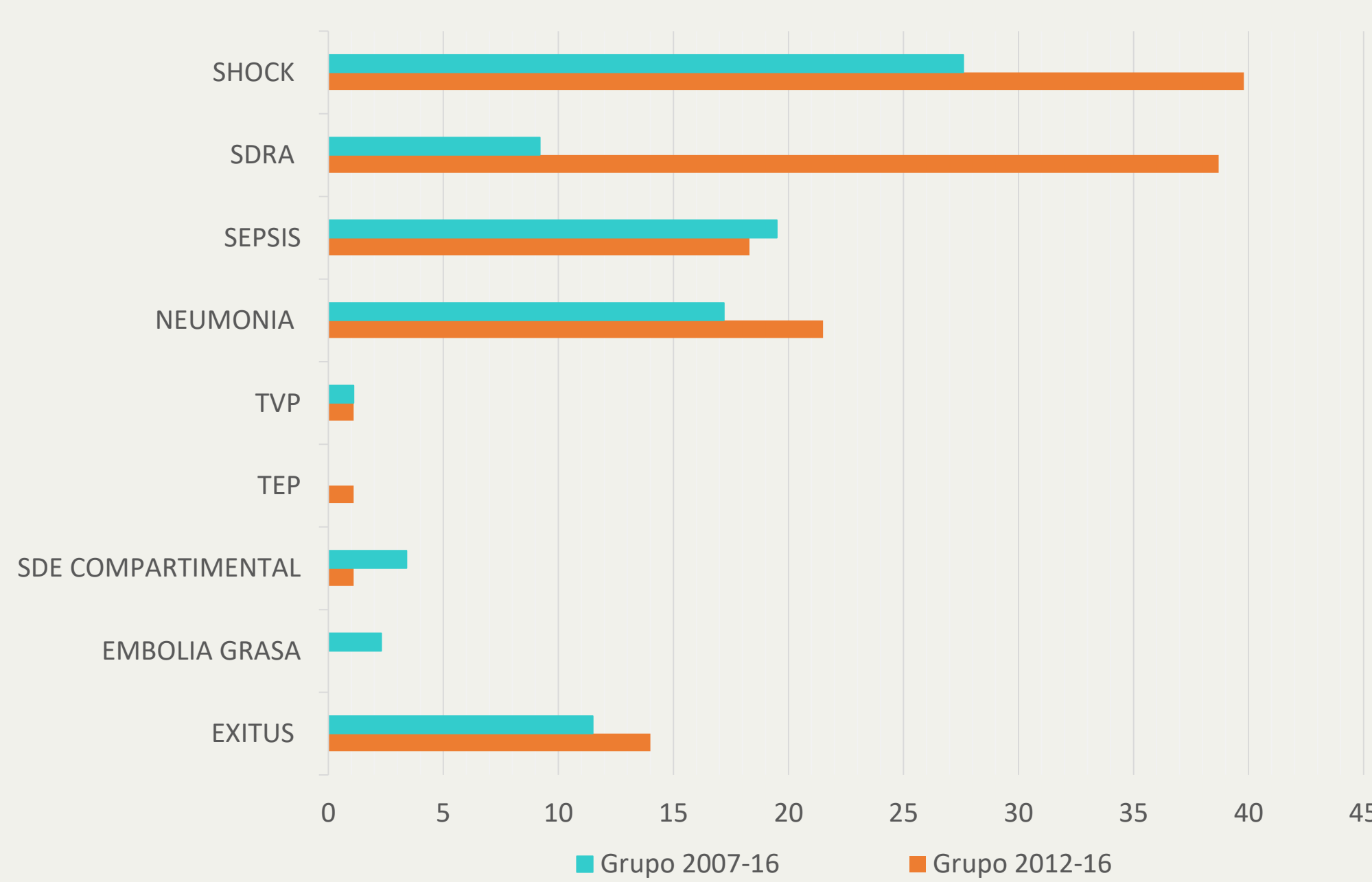
Estrategias de tratamiento según clasificación



Lesiones asociadas



Porcentaje complicaciones asociadas



CONCLUSIÓN: Persiste variabilidad a la hora de definir, clasificar y aplicar estrategias de tratamiento en el enfermo politraumatizado. Aunque existe tendencia a realizar las estrategias de tratamiento ETC en pacientes estables y DCO en pacientes inestables, no hay un criterio uniforme para la elección de éstos según el tipo de gravedad del traumatismo. En los últimos años el uso de fajas pélvicas se ha estandarizado, siendo éste el tratamiento de elección para controlar la inestabilidad pélvica hasta la cirugía.

Bibliografía:

- Pfeifer R, Pape HC. Diagnostics and treatment strategies for multiple trauma patients. Der Chirurg 2016 ;87:165-173
- Pape HC, Giannoudis P, Krettek C. The timing of fracture treatment in polytrauma patients: relevance of damage control orthopedic surgery. Am J Surg 2002; 183:622-629.
- Rixen D, Steinhausen E, Sauerland S, Lefering R, Maegele MG, Bouillon B, et al. Randomized, controlled, two-arm, interventional, multicenter study on risk-adapted damage control orthopedic surgery of femur shaft fractures in multiple-trauma patients. Trials 2016 ; 25:17:47.
- Pape HC, Pfeifer R. Safe definitive orthopaedic surgery (SDS): repeated assessment for tapered application of Early Definitive Care and Damage Control?: an inclusive view of recent advances in polytrauma management. Injury 2015; 46:1-3.