

Importancia del “timing” en el manejo del politraumatizado: a propósito de un caso



Marta Felipe Peña, Juan Ojeda Castellano, Beatriz Romero Pérez,
Julio Nuez García, Alejandro Vega Castellò, Arnaldo Rodríguez Hernández
Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil



INTRODUCCIÓN

El manejo inicial del politraumatizado mediante medidas de resucitación y seguimiento del ABCDE ayuda a detectar las lesiones que pueden poner en peligro la vida del paciente, iniciando las medidas oportunas, así como la cirugía de control de daños. Pero, después de esto ¿existen tiempos donde haya mayor riesgo de morbilidad?, ¿podemos establecer algún esquema de “timing quirúrgico”?

OBJETIVOS

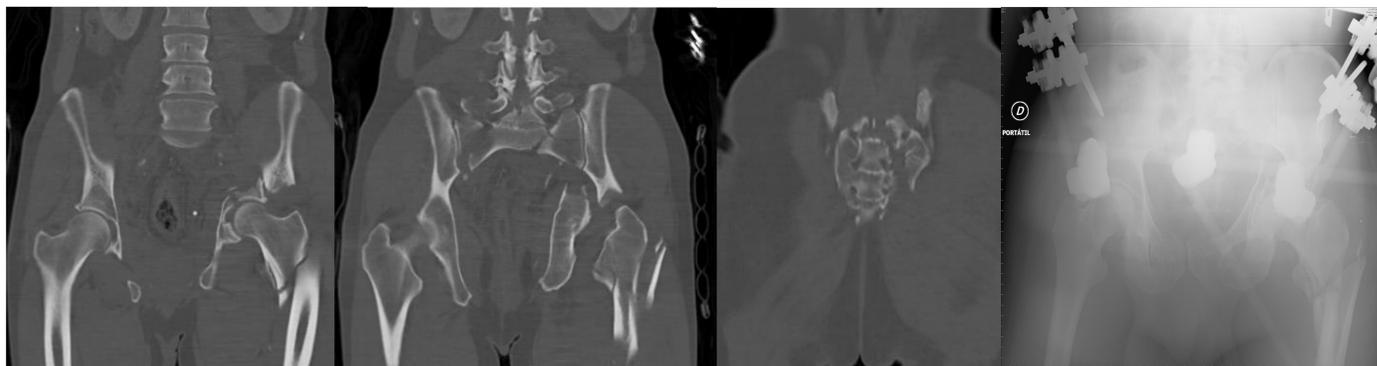
Presentar la secuencia terapéutica establecida en un varón de 53 años politraumatizado para ilustrar la importancia del “timing” en la prevención de complicaciones y la mejora del pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

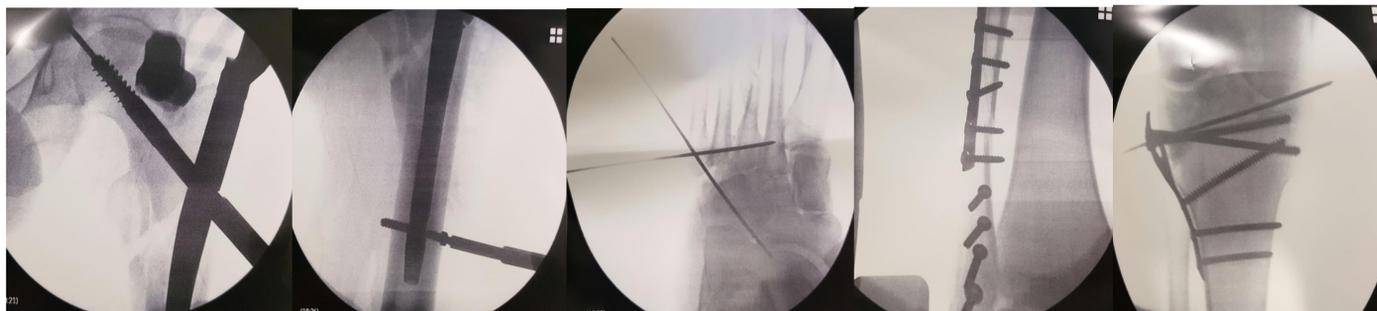
Varón de 53 años, politraumatismo tras caída de 25m en intento autolítico, con traumatismo torácico; fractura de pelvis en libro abierto Tile C3, hematoma retroperitoneal e inestabilidad hemodinámica que requirió embolización y múltiples transfusiones; fractura subtrocantérea de fémur izquierdo; múltiples fracturas en extremidades, fracturas lumbares estables y traumatismo facial. Se realizó una cirugía de control de daños con fijación externa de pelvis y fémur izquierdo. Se identificaron e inmovilizaron del resto de fracturas y se trasladó a la unidad de medicina intensiva.

Momento	Estado fisiológico	Cirugía
Día 1	Respuesta a la lesión	Control de daños
Días 2-3	SIRS	Ninguna Second look, vigilancia
Días 5-10	Ventana útil	Cirugía definitiva
Días 12-21	Inmunosupresión	Ninguna
Día 21 en adelante	Normalización	Cirugía reconstructiva

Día 1:
control de
daños



Día 10:
cirugía
definitiva



Día 10: cirugía
reconstructiva



RESULTADOS

A los 7 días el paciente sufrió un síndrome de distrés respiratorio agudo que requirió intubación. A los 10 días se realizó la fijación del resto de fracturas. Posteriormente desarrolló múltiples complicaciones infecciosas que requirieron antibioterapia prolongada, demorando la fijación definitiva de la pelvis 1 mes.

El desarrollo de complicaciones es mayor dos periodos: entre el segundo y tercer día debido al síndrome inflamatorio de respuesta inmune sistémica (SIRS) y entre el día 12 y 21 debido a un estado de inmunosupresión, por lo que se contraindica la cirugía en estos dos momentos.

CONCLUSIONES

- ✓ En el primer momento se debe realizar únicamente cirugía de control de daños, siendo el periodo óptimo para la cirugía definitiva entre los días 5 y 10 y para la cirugía reconstructiva a partir del día 21.
- ✗ No se recomienda ningún tipo de intervención entre el segundo y tercer día debido al SIRS, ni entre los días 12 y 21 debido al estado de inmunosupresión.
- ✓ El seguimiento de este esquema ayuda a prevenir y detectar precozmente complicaciones y mejorar el pronóstico.

Medina Rodríguez, F. Prioridades de fijación en el polifracturado. Medigraphic Artemisa. Volumen 2, Número1. Ene-Mar 2006
Pape HC, van Griensven M, Rice J, et al. Major secondary surgery in blunt trauma patients and perioperative cytokine liberation: determination of the clinical relevance of biochemical markers. J Trauma 2001; 50(6): 989-1000.

Giannoudis PV. Aspects of current management: surgical priorities in damage control in polytrauma. J Bone Joint Surg 2003; 85-B: 478-483.
Pape HC, Giannoudis PV, Krettek C. The timing of fracture treatment in polytrauma patients: relevance of damage control orthopedic surgery. Am J Surg 2002; 183(3): 622-629

