

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los traumatismos son la principal causa de mortalidad en menores de 40 años, y representan el 10% de todas las muertes entre hombres y mujeres. También suponen un gran impacto económico y psicosocial. La principal causa de traumatismo son los accidentes de tráfico, salvo en mayores de 65 años, donde las caídas se sitúan como primera causa. Las causas más frecuentes de mortalidad por traumatismo son la hemorragia, el síndrome de disfunción multiorgánica y la parada cardiorespiratoria.

El manejo de estos pacientes en la UCI, está básicamente orientado a la vigilancia de las constantes vitales y a la prevención y tratamiento de las complicaciones.

OBJETIVOS

- Exponer dos casos clínicos de traumatismo tratados en el año 2016 en el HCUV.
- Describir las características y evolución de los traumatismos que ingresan en la UCI del HCUV.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Los casos clínicos han sido seleccionados de las HC de la UCI del HCUV Valladolid.
- Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo, incluyendo a los pacientes con traumatismo ingresados en la UCI del HCUV Valladolid durante 12 años, desde el 2004 al 2016. La base de datos cuenta con 6532 HC, y utilizando los siguientes códigos: politraumatizado, traumatismo craneoencefálico, traumatismo torácico, traumatismo abdominal, traumatismo osteoarticular, intervención sobre traumatismos óseos, intervención sobre traumatismos viscerales, heridas por arma de fuego y heridas por arma blanca y otros objetos, se han seleccionado 572 HC.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

COD.	ENFERMEDAD	HC	MH% esperada	Días en UCI	MORBIA	TRASLADO	EXITOS	MH% observada	MH% observada	
4950	POLITRAUMATIZADO	424	7,31%	19,12	317	74,76%	24	5,68%	73	17,20%
4110	TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	51	0,77%	19,20	39	76,47%	4	7,84%	8	15,69%
4900	TRAUMATISMO TORÁCICO	280	4,29%	19,12	214	76,43%	23	8,21%	43	15,36%
4900	TRAUMATISMO ABDOMINAL	76	1,15%	19,11	50	65,92%	8	10,53%	20	26,32%
4910	TRAUMATISMOS OSTEOARTICULARES	45	0,69%	19,23	34	75,56%	4	8,89%	7	15,56%
4955	INTERVENCIÓN SOBRE TRAUMATISMOS ÓSEOS	56	0,84%	19,14	41	73,21%	10	17,86%	5	8,93%
4956	INTERVENCIÓN SOBRE TRAUMATISMO VISERAL	22	0,34%	19,15	14	63,64%	3	13,64%	5	22,73%
4963	HERIDAS POR ARMA DE FUEGO	7	0,11%	19,28	3	42,86%	4	57,14%	8	114,29%
4964	HERIDAS POR ARMA BLANCA Y OTROS OBJETOS	12	0,18%	19,17	12	100%	0	0%	0	0%
TOTAL		6532	100%	19,12	4950	75,78%	342	5,22%	572	8,76%

- Los traumatismos representan un 8,75% de los pacientes ingresados en la UCI
- La mortalidad en la UCI por causa traumática es baja, 1,45%
- La mayoría de los pacientes presentan una buena evolución, el 76,05% de los casos reciben el alta de la UCI por mejoría
- El grupo más numeroso lo constituyen los politraumatismos y los traumatismos torácicos
- La edad media de los pacientes es 48,89±38,41 (IC al 95%)
- El mayor número de muertes suceden en las primeras 24 horas
- El índice APACHE II, se confirma como buen predictor de mortalidad

CASO CLÍNICO 1

Varón de 82 años. NAMC y ex fumador.
 Antecedentes personales: DM, dislipemia, neo de próstata y síncope de repetición.
 IQ: amigdalectomía y prostatectomía.

Acude a **URGENCIAS** a la 01:00h por cuadro sincopal acompañado de TCE, mientras retiraba dinero de un cajero.
 En analítica de urgencias dímero D elevado, por lo que se realiza un Angio-TAC que descarta TEP.
 En observación GCS 10-12 con desorientación y disminución de fuerza generalizada.

TAC cerebral:

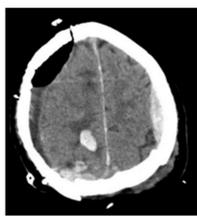
- Hematoma subdural izquierdo, de 15 mm de espesor.
- Delgadas láminas de hematoma subdural en cisura interhemisférica y tentorial.
- Hematoma subdural derecho, con espesor de 1,8cm.
- Hematomas intraparenquimatosos parietales y parasagiales bilaterales.
- Hemorragia subaracnoidea en ambos hemisferios cerebrales.
- Desplazamiento de la línea media de aproximadamente 5 mm.
- Niveles hemáticos en astas occipitales.
- Líneas de fractura parietales bilaterales, que se extienden inferiormente a hueso occipital derecho y a ambos huesos temporales y línea de fractura longitudinal-oblicua de peñasco derecho.

Valorado por neurocirugía, se opta por tratamiento conservador.

Al ingreso en **UCI**: GCS 9, con ligera anisocoria derecha poco reactiva (D>I) y moviliza EE. APACHE II: 19 (MH 23%).
 Posteriormente (hacia las 17 h): GCS 6 y midriasis derecha arreactiva. Se realiza IOT y ventilación mecánica.



Se inicia osmotherapia con manitol y se decide intervenir quirúrgicamente.



Evolución: presenta inestabilidad hemodinámica con taquicardia e hipotensión arterial, acompañado de anisocoria pupilar derecha arreactiva (D>I). Se pauta tratamiento con manitol.



Hemorragia de Duret: hemorragia que tiene lugar en el tronco cerebral y es consecuencia de una hernia transtentorial de cualquier origen. Las causas más comunes son los hematomas (subdural, epidural e intraparenquimatosos) y el edema cerebral agudo. Otras causas, son los cambios bruscos de la presión intracraneal secundarios a punciones lumbares o a evacuación quirúrgica de hematomas subdurales.
 Se asocia con una alta mortalidad y morbilidad, sin embargo hay casos descritos con una recuperación razonable, por tanto su hallazgo no debe disuadir las medidas agresivas.

Los nuevos hallazgos no son subsidiarios de reintervención.
 Mala respuesta a la terapéutica instaurada.
 Exitus.

CASO CLÍNICO 2

Varón de 24 años. NAMC, fumador y bebedor de fin de semana.
 IQ: hidrocele testicular

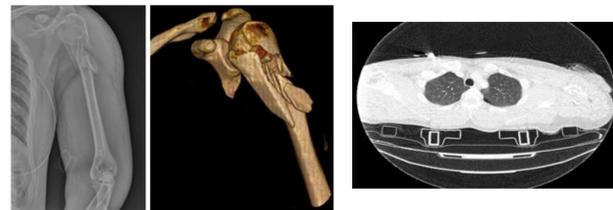
Accidente de moto con traumatismo lateral del hemicuerpo izquierdo. A la llegada del **112** presenta GCS: 15/15, lesión en extremidad inferior y superior izquierda, con fractura abierta a nivel de muslo, pérdida de sustancia y lesión grave de tejidos. Estable hemodinámicamente. Se coloca collarín y férulas de inmovilización.

A su llegada a **URGENCIAS** presenta GCS: 15/15. TA: 96/45 FC: 130 lpm. Relleno intravascular con 1500cc cristaloides y 500cc coloides.

Al ingreso en **UCI**, presenta TA: 123/74mmHg, FC: 115lpm, SatO₂:100% con FiO₂:0,5. APACHE II: 13 (MH 6%).

Exploración física:

- Clavículas simétricas, sin crepitación, no volet costal, no crepitación ósea en parrilla costal.
 - ESD: alineada, no asimetrías, no crepitación, pulso distal conservado. ESI: herida inciso contusa en hombro izquierdo (cara lateral 2x1cm) con pérdida de la alineación ósea en húmero, equimosis borde cubital. Pulso distal presente.
 - Pelvis estable, pulsos femorales presentes.
 - EID: estructuras óseas alineadas, movilidad conservada, pulsos distales presentes, no signos de crepitación ósea. EII: pérdida de sustancia a nivel de la rodilla izquierda (cara anterointerna, de 20-25cm, semicircular, con destroz y exposición ósea), pérdida de alineación ósea en tibia y peroné a nivel proximal, herida con exposición ósea en el dorso del pie. Pulsos distales conservados.
- Pruebas complementarias precirugía:
- ESI: fractura conminuta humeral desplazada.
 - EII: fractura cadera izquierda y fractura conminuta femoral izquierda (cóndilo interno, rótula craneal, tibia y peroné proximal).
 - Neumotórax apical bilateral laminar.



Cirugía:

- Se inmoviliza la fractura del 5º metacarpiano del pie izquierdo y la ESI con férula de yeso y cabestrillo.
- Se fija la fractura de cadera izquierda (tornillos canulados) y rodilla (fijador externo: 2 en fémur y 2 en 1/3 medio tibial).



Extremidad catastrófica: aquella en la que se encuentran afectados, al menos tres de sus cuatro componentes básicos. La hemorragia que se produce en estos casos, debe ser detenida de forma precoz, ya que el shock hemorrágico y la coagulopatía de consumo son frecuentes, siendo una de las causas de muerte en estos pacientes.
 En los pacientes politraumatizados hay que controlar sus posibles complicaciones.
 En estos pacientes puede aparecer rhabdomiólisis, que es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo esquelético lesionado y la liberación de sus componentes.

Evolución:

Politransfundido (9CH), por anemia hemorrágica. Presenta tendencia a la oligoanuria a pesar de relleno intravascular, con pico de CK 9697 UI/l en relación con rhabdomiólisis.

Tras la estabilización hemodinámica del paciente, su buena mecánica pulmonar y su buena función renal, el paciente es trasladado a Traumatología para continuar con la recuperación y el seguimiento de sus lesiones.

CONCLUSIONES

- Los traumatismos representan un grupo importante de pacientes ingresados en la UCI. La mayoría de los pacientes presentan una buena evolución.
- El APACHE II, se confirma como buen predictor de mortalidad.
- El manejo del paciente politraumatizado en la UCI, es un gran reto que necesita experiencia, diagnóstico precoz y tratamiento inmediato de todas sus complicaciones.
- Hay que tener en cuenta la gravedad de las lesiones y la condición clínica del paciente para determinar el tratamiento adecuado en cada caso.
- Es importante la acción coordinada de distintos especialistas, para el éxito vital del paciente politraumatizado crítico, con el intensivista como coordinador del enfermo ya en UCI.

- El manejo del paciente con traumatismo en la UCI consiste en:
- Monitorización hemodinámica, respiratoria y de PIC.
 - IOT y ventilación mecánica.
 - Mantenimiento de accesos vasculares.
 - Relleno vascular con cristaloides y/o coloides, vasopresores y trasfusión.
 - Profilaxis antibiótica, antitétánica, antitrombótica y antiulcus de estrés.
 - Analgesia.
 - Pruebas de imagen: radiografía, TAC, eco-doppler.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raja A, Zane R. Initial management of trauma in adults [Internet]. Uptodate.com. 2017. Available from: http://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?source=search_result&search=Initial+management+of+trauma+in+adults&selectedTitle=1~150
2. Nguyen H, Doan N, Gelsomino M, Shabani S, Mueller W. Good outcomes in a patient with a Duret hemorrhage from an acute subdural hematoma. International Medical Case Reports Journal. 2016;:15.
3. Cannon J, Rasmussen T. Severe extremity injury in the adult patient [Internet]. Uptodate.com. 2017. Available from: http://www.uptodate.com/contents/severe-extremity-injury-in-the-adult-patient?source=search_result&search=Severe+extremity+injury+in+the+adult+patient.&selectedTitle=1~150