



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-018 - ¿EXISTE ALGÚN MARCADOR ÚTIL PARA DETECTAR EL *SHOCK* OCULTO EN LOS POLITRAUMATIZADOS?

*Campos-Serra, Andrea; Montmany-Vioque, Sandra; Rebas-Cladera, Pere; Barquero-López, Marta; Mesquida-Febrer, Jaume; Larruzea-Ibarra, Alex; Roig-Martínez, Immaculada; Navarro-Soto, Salvador*

*Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.*

### Resumen

**Introducción:** Los pacientes politraumáticos graves presentan un elevado riesgo de aparición de fallo multiorgánico y muerte. Para aumentar las posibilidades de supervivencia el tratamiento debe centrarse en la resucitación del *shock*. Tradicionalmente los marcadores de resucitación más utilizados son las constantes vitales. Muchos pacientes tienen signos vitales normales, pero una hipoperfusión oculta y desarrollan disfunción multiorgánica y muerte. Definir mejores marcadores de resucitación para estos pacientes sería crucial.

**Objetivos:** Analizar distintos marcadores de resucitación del paciente politraumático, buscando el mejor predictor de evolución hemodinámica.

**Métodos:** Estudio multidisciplinar observacional prospectivo evaluando distintos marcadores de resucitación en pacientes politraumáticos graves. Se incluyen pacientes mayores de 16 años, atendidos a nivel prehospitalario como “código politrauma” con prioridades graves (criterios fisiológicos o anatómicos). Se analizan en la 1ª, 8ª y 24ª horas del inicio de la atención distintos marcadores: hemodinámicos (constantes vitales); analíticos (ácido láctico, exceso de base, péptido natriurético atrial (PNA)); de perfusión tisular (NIRS, *near-infrared spectroscopy*) y de coagulopatía (ROTEM®, tromboelastometría). Se registra volumen administrado, transfusiones realizadas, fibrinógeno y ácido tranexámico utilizados y drogas vasoactivas requeridas. Se evaluará la relación de cada marcador con: mortalidad; fracaso multiorgánico; activación del protocolo de transfusión masiva; transfusión de hemoderivados; cirugía para control de sangrado y embolización arteriográfica urgente.

**Resultados:** Entre marzo 2016 y mayo 2019 se registraron 66 pacientes. Hombres (86,6%), con una edad media de 42 años (DE 1,8). ISS medio de 28,6 (DE 1,8). Mortalidad global 17,9% (12 casos). Se intervino para control del sangrado al 68,7% y se realizó embolización arteriográfica al 13,4%. Precisaron transfusión de hematíes 71,2%, activando el protocolo de transfusión masiva en el 43,3%. El lactato, el exceso de base y el ROTEM® presentan una relación estadísticamente significativa con el sangrado en todos los momentos temporales analizados. El NIRS muestra alteraciones de forma estadísticamente significativa en pacientes con sangrado a las 24h de la atención y el PNA no muestra resultados estadísticamente significativos en ningún caso. Se relacionan con la mortalidad de forma estadísticamente significativa el lactato, exceso de base y ROTEM a la 1ª hora de atención, pero a las 8h solo el ROTEM. Existe un grupo de pacientes que a las 24h de la atención presentan normalidad de las constantes vitales pero tienen riesgo de desarrollar fracaso multiorgánico, precisar transfusiones de sangre, necesitar drogas vasoactivas o presentar mortalidad más allá

de las 24h. Esta probabilidad se puede predecir de una forma estadísticamente significativa mediante la hemoglobina en sangre y las alteraciones del NIRS y el ROTEM realizados a las 8h de la atención al paciente.

**Conclusiones:** Los marcadores clásicos de resucitación del paciente politraumático (lactato y exceso de base) siguen siendo útiles para predecir el sangrado y la mortalidad de los pacientes politraumáticos. El ROTEM y el NIRS detectan *shock* oculto en pacientes con constantes y marcadores clásicos normales, sobre todo cuando se analizan a las 8h. Hemoglobina inferior a 10 g/L a las 8h se relaciona con mayor incidencia de complicaciones más allá de las 24h.