

MANEJO DEL SHOCK HEMORRÁGICO Y ANEMIA CRÍTICA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO QUE RECHAZA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS: LÍMITES FISIOLÓGICOS DEL SOPORTE SIN REPOSICIÓN ERITROCITARIA



Autores: M. Martínez Gómez; D. Vera López; J. Llopis Lorente; J. M. Goerlich León; R. Ferrandis Comes; E. Romero García; A. Pajares Moncho; M. P. Argente Navarro

Introducción

El **trauma** es una de las causas principales de mortalidad en adultos jóvenes. El abordaje estándar es la reanimación hemostática con hemoderivados, sin embargo, el rechazo documentado a transfusión obliga a un cambio de paradigma hacia la medicina sin sangre.

Objetivo principal:

Describir la evolución clínica de un paciente politraumatizado grave bajo estrategias alternativas

- Implementación de medidas de ahorro de sangre
- Patient Blood Management (PBM)
- Identificar las limitaciones de estas medidas en el escenario de hemorragia aguda y anemia extrema.

Métodos

Presentación del caso

- Varón de 35 años
- Politraumatismo grave por accidente de motocicleta



Estado inicial

- Ingreso inconsciente en shock hemorrágico
- Múltiples fracturas diafisarias de huesos largos
- TAC sin hemorragia intracraneal ni lesiones torácicas

Por criterio de **urgencia vital** se activó protocolo de transfusión masiva. Tras la llegada del representante legal se verificó documento **de voluntades anticipadas** con rechazo de hemoderivados, adecuándose el manejo a dichas directrices.

Estrategia de PBM y ahorro de sangre

- Fijación externa de fracturas
- Traslado a Unidad de Cuidados Críticos de Anestesia (UCCA).



Optimización hemostática

- Fibrinógeno
- Complejo protrombínico,
- Ácido tranexámico
- Desmopresina.



Minimización de iatrogenia

- Tubos pediátricos
- Reducción de extracciones.



Estímulo eritropoyético

- Eritropoyetina
- Hierro IV
- Cofactores

Resultados y conclusiones

Evolución del caso

Shock persistente con evolución a fracaso multiorgánico:

- Fracaso renal anúrico
- Rabdomiólisis
- Insuficiencia hepática

A pesar de no evidenciarse sangrado activo, la Hb descendió progresivamente a rangos críticos (**3,1 g/dL**) con acidosis e hiperlactatemia (**11,5 mmol/L**).

En contexto de hipoxia anémica se produjo una parada cardiorrespiratoria. Se inició RCP avanzada sin recuperación de la circulación espontánea y fallecimiento.

El paciente **no pudo superar los límites fisiológicos** impuestos por la **anemia crítica extrema** sin posibilidad de reposición eritrocitaria, a pesar de las medidas exhaustivas de soporte aplicadas.

Conclusiones

Identificación Precoz

Es crucial identificar inmediatamente el rechazo a hemoderivados y activar circuitos PBM "bloodless" en trauma desde el primer contacto.

Límites del soporte sin hemoderivados

Las medidas PBM tienen **limitaciones fisiológicas** cuando la Hb cae a **rangos extremos** (<3-4 g/dL).

La **eritropoyesis** estimulada **requiere días-semanas**, incompatible con hemorragia aguda.

Estrategia PBM

Control hemorrágico precoz, hemostasia dirigida, mínima iatrogenia por flebotomía y evitación de hemodilución