

La población anciana no sólo está viviendo más, sino que también es más activa lo cual incrementa la probabilidad de lesiones causadas por accidentes. Es sabido que el número de muertes debidas a trauma en pacientes de 65 años y más, es alto: un estudio llevado a cabo en un servicio de urgencias (Patel V., et al/2004) mostró que de 5,703 pacientes hospitalizados por trauma torácico, 171 (3%) eran ancianos (65+) además se ha reportado que en este grupo etáreo las caídas (41%) son la causa más común, seguidas por accidentes vehiculares (28%), como peatones (10%) y lesiones penetrantes (8.1%). Cabe resaltar que aunque las mujeres dominan el grupo poblacional de los ancianos, los traumas penetrantes o por accidentes vehiculares son más frecuentes en hombres. Lo contrario ocurre con las caídas.

Se acepta que la mortalidad por trauma es 3 a 6 veces más alta en los ancianos debido a la comorbilidad (las de peor pronóstico son la enfermedad hepática, la enfermedad renal y el cáncer) y al cambio en la reserva funcional. Aunado a lo anterior se habla de otros factores relacionados con el pronóstico: 1. Los puntajes en las diferentes escalas de evaluación: por ejemplo, con puntajes en la escala de Glasgow de 13, se ha reportado marcada discapacidad residual; 2. El volumen de fluidos y el uso de transfusiones que sean requeridas para la estabilización del paciente; 3. La presencia de fracturas costales: 3 ó más fracturas bilaterales están asociadas con 2 a 4 veces mayor mortalidad (40.9%), que las unilaterales (17.3%). Por cada fractura adicional la mortalidad, en el viejo, incrementa 19% y el riesgo de neumonía aumenta 27% 4. La edad per se es un factor de morbimortalidad, para los ancianos, independiente de los puntajes obtenidos en las escalas evaluadoras, e inclusive es indicadora de peor pronóstico en los viejos con iguales traumas que pacientes jóvenes.

La meta del tratamiento es restaurar o en algunos casos incluso mejorar el nivel de funcionamiento previo a la injuria, por lo que es necesario obtener una historia funcional detallada, así como antecedentes médicos y establecer la presencia o no de deterioro cognoscitivo, lo cual tiene marcado impacto sobre las opciones quirúrgicas y terapéuticas posteriores. Por ejemplo un paciente que en casa camine independiente, o aun con cualquier soporte, que padezca una fractura de cadera, requiere fijación interna seguida por rehabilitación muy agresiva, mientras que un paciente con vida en cama podría manejarse solo con terapia física y adecuado control del dolor y lo mismo podría suceder en caso de un sujeto con deterioro cognoscitivo severo.

Los ancianos frecuentemente tienen condiciones médicas sistémicas que afectan la decisión de manejo; por ejemplo, la presencia de enfermedad pulmonar, el mayor riesgo de inmovilismo y tromboembolismo secundario, así como la menor tolerancia al mismo y, adicionalmente, la presencia de diabetes. La mayoría de los procedimientos quirúrgicos ortopédicos pueden realizarse con anestesia regional y se ha evidenciado, por ejemplo en fracturas de cadera, que no hay diferencias ni en la mortalidad a largo o a corto plazo, ni en el pronóstico funcional.

Otro factor a tener en cuenta es la presencia de osteopenia, la cual complica el tratamiento de la fractura y la consolidación de la misma, ya que resulta más difícil obtener una adecuada fijación interna del hueso. Además hay mayor riesgo de que la unión falle y generalmente hay que adicionar injerto óseo. Desafortunadamente, y a pesar de lo anterior, salvo los pacientes que van a cirugía por fracturas vertebrales, los demás rara vez reciben manejo posterior para osteoporosis. Adicionalmente es necesario evaluar el estado de los tejidos blandos: la piel senescente es

más frágil y menos tolerante a los insultos quirúrgicos. Las úlceras por presión cercanas al sitio de la fractura son una contraindicación relativa a la cirugía, después de la cual se requiere rehabilitación agresiva, pero cuando hay lesión de los tejidos blandos no siempre es posible.

La pérdida de masa muscular producida durante el envejecimiento lleva a cambios en la fuerza y en el tiempo de reacción, así como en la velocidad de la contracción y la coordinación, todo lo cual altera notablemente la funcionalidad. La pérdida de fuerza muscular afecta principalmente las extremidades inferiores; finalmente el uso de tornillos y placas en pacientes con marcada atrofia muscular podría ser muy doloroso.

La identificación de injurias esqueléticas (fracturas) en pacientes ancianos siempre deben considerarse como trauma mayor; las lesiones viscerales pocas veces ocurren sin traumas esqueléticos. Se ha sugerido que una vez se identifiquen las lesiones el paciente anciano debe ser tratado agresivamente: monitoreo hemodinámico invasivo ya que permite detectar precozmente la presencia de choque, hipoperfusión de órganos y prevenir falla multiorgánica.

La estabilización rápida y temprana de las fracturas permite la movilización precoz del paciente: una de las mayores causas de mortalidad en pacientes ancianos traumatizados es la presencia de fractura pélvica (debido a la hemorragia o más tardíamente debido a sepsis) la cual es cercana al 17%, pero en caso de ser una fractura abierta la mortalidad aumenta hasta el 81%.

Existen indicaciones absolutas de manejo quirúrgico independientes de la edad del paciente como son el síndrome compartimental y el compromiso neurovascular.

El manejo postquirúrgico del anciano lesionado debe centrarse en:

1. Movilización temprana.
2. Profilaxis tromboembólica debe instaurarse precozmente, especialmente si existe trauma de los miembros inferiores.
3. Enviarlo lo más pronto posible a su casa.
4. Mantener el estado nutricional adecuado, ya que estos pacientes tienen requerimientos substancialmente elevados en el período catabólico postraumático. Patterson et al, reportaron una alta prevalencia de depleción proteica (59%) en una serie de ancianos con fracturas de cadera, lo cual resultaba en incremento de complicaciones postquirúrgicas, tales como úlceras por presión y retraso en la cicatrización.

Finalmente, la prevención: es claro que las caídas son la causa más común para causar fracturas en los ancianos, son responsables del 90% de las fracturas de antebrazo, cadera y pelvis. Con nutrición óptima, el uso de protectores de cadera, chequeo visual periódico, cambio o suspensión de medicamentos inadecuados y modificación del medio ambiente en casa, cuando sea necesario, puede disminuirse el porcentaje de los traumas en los ancianos.

Victoria Eugenia Arango Lopera
Editora en jefe