

MANEJO DEL POLITRAUMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cores Quirós, CC; Pedraza Corbí, A; Grell, BJ; Mariscal Ruiz-Rico, G

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA



**49 CONGRESO
SOTOCAV**

**12/13
MAYO
2022**

Valencia
Hotel Sorolla

• INTRODUCCIÓN

Se define politraumatizado aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida. Más frecuente en varones y supone la primera causa de muerte entre los 14-25 años y en mayores de 65 años. También es la principal causa de muerte infantil entre los 5-14 años.

• MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 62 años que tras un accidente de motocicleta de alta energía presente fractura de pelvis derecha inestable tipo C más luxación sacroiliaca, fracturas abiertas radio distal bilateral, fractura T10, fractura faceta T4, fractura apófisis transversa L1 y L5 y fracturas costales múltiples.

Paciente es traído por servicio de urgencias extrahospitalario tras tratamiento in situ con noradrenalina y fluidos, consciente Glasgow 9-10, hematoma en pubis y periné sin sangrado al exterior, vía área permeable, TA no medible por hipoperfusión periférica.

Se lavan fracturas de miembros superior con abundante suero y se estabilizan con férulas de yeso.

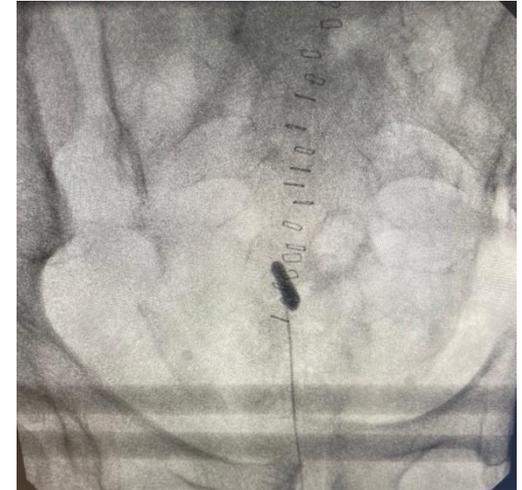
Paciente presenta dos PCR en box de críticos, se intuba, y se decide subir a quirófano para estabilizar al paciente.

• RESULTADOS

En quirófano por parte de cirugía general se realiza una laparotomía medio xifopúbica sin encontrar causa del sangrado por su parte.

Se pone fijador externo supraacetabular con tracción transesquelética de fémur derecho (8kg) y se realiza lavado de fracturas abiertas de miembros superiores con estabilización mediante férula antebraquial izquierda y férula braquial derecha. Tras FE, se realiza embolización de hipogástricas por persistencia de inestabilidad hemodinámica.

Segundo día de ingreso, en diálisis por fracaso renal tras rabiomilolisis severa. Hepatitis aguda isquémica por hipoperfusión. Se han realizado transfusión de 12CH. Acidemia con acidosis respiratoria y metabólica. Presión arterial media aproximada de 65 mmHg con necesidad de apoyo noradrenérgico.



MANEJO DEL POLITRAUMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

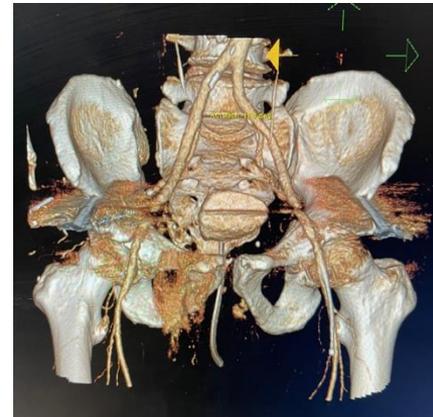
Cores Quirós, CC; Pedraza Corbí, A; Grell, BJ; Mariscal Ruiz-Rico, G



Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Tercer día de ingreso, el paciente presenta empeoramiento clínico. Miembro inferior derecho tumefacto con aumento de presión compartimental (36 mmHg). Miembro superior derecho con aumento de la presión a la palpación, se retira férula, mejoría inmediata. Se mide presión compartimental (35 mmHg en dorso, 33 mmHg en volar). Se avisa a anestesia para intervención quirúrgica urgente. Se realizan fasciectomias de compartimento flexor y extensor de miembro superior derecho y miembro inferior derecho. Posterior, se estabiliza con fijadores externos. Se avisa a cirugía vascular que realiza eco doppler sobre pie, no encuentra pulso pedio pero si tibial posterior.

Cuarto día de ingreso, avisan de exitus, se retira fijador externo de pelvis, fémur y muñeca derecha.



• CONCLUSIONES

La importancia de una buena atención inicial tanto en el lugar del accidente como intrahospitalaria siguiendo protocolos de politraumatizado.

La necesidad de un manejo multidisciplinar de todos los especialistas implicados.

La importancia, en los días sucesivos, de una constante revaloración tanto de su patología como de las principales complicaciones que puede desarrollar. Tener en cuenta que suelen ser pacientes intubados en los que la inspección y la exploración física son muy importantes.

Conocer las principales complicaciones de estos pacientes como puede ser el síndrome compartimental, que consiste en el aumento de presión en el espacio existente alrededor de ciertos músculos que puede interrumpir el suministro de sangre, para evitar en la medida de lo posible su aparición.