

Manejo del politraumatizado estable: Early Total Care

Pedro Luis Vaca Fernández*, **Sergio Martín Blanco***, **Marta Juncal Barrio Velasco***, **Jorge Moussallem González***.

**MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: Pedro Luis Vaca Fernández. plvaca@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: El manejo del paciente politraumatizado con lesiones musculoesqueléticas constituye un reto para el cirujano ortopédico. La revolución en las últimas décadas del mismo ha ido de la mano de la mejora de técnicas de resucitación y del desarrollo de los servicios de cuidados intensivos, los cuales han contribuido enormemente mejorar las expectativas vitales de pacientes con elevado riesgo de fallo multiorgánico.

Exposición del caso: Paciente varón de 35 años que sufre un accidente de tráfico con choque frontolateral. El paciente se encuentra consciente y estable por lo que se decide el traslado a su centro hospitalario de referencia. Se objetivan dolor y deformidad en ambas ambos fémures y tibia izquierda. También se observa erosión en hemitórax izquierdo, dolor y deformidad en clavícula izquierda; y dolor a la palpación sacroilíaca izquierda. Se solicita un TC Body, en el que se aprecia fractura de escápula y clavícula izquierdas no desplazadas, fractura ala sacra izquierda, fractura bilateral y diafisaria de fémures, y fractura diafisaria de tibia izquierda. El paciente es intervenido de urgencia procediéndose a la fijación interna de ambos fémures y tibia izquierda. Posteriormente pasa a la unidad de cuidados intensivos, siendo dado de alta hospitalaria a los 10 días de la cirugía.

Discusión: La atención al paciente politraumatizado constituye un reto para la Medicina actual, exigiendo un trabajo coordinado de varios equipos de profesionales. Debemos tener en cuenta

protocolos de actuación como el Advanced Trauma Life Support; y manejar conceptos como el control de daños y el Early Total Care.

PALABRAS CLAVE

Politrauma, Early Total Care, fijación interna

CASO CLINICO

EXPOSICION DEL CASO

Paciente varón de 35 años, con antecedente de artrodesis L5-S1, que sufre un accidente de tráfico por colisión frontolateral con otro vehículo en una carretera comarcal. El paciente es atendido a los pocos minutos por los servicios de Emergencias; que proceden a la toma de constantes, inmovilización cervical y de las extremidades. El paciente se encuentra consciente y estable por lo que se decide el traslado a su centro hospitalario de referencia.

A su llegada a Urgencias el paciente está consciente y orientado (Glasgow 15); sigue hemodinámicamente estable, algo taquicárdico y taquipneico (Presión arterial 130/85, Frecuencia cardíaca 121, Frecuencia respiratoria 25, Saturación O₂ 95%).

A la inspección y palpación se objetivan dolor y deformidad en ambas extremidades inferiores a nivel tanto de los muslos como de tibia izquierda. También se observa dolor y deformidad en la clavícula de la

extremidad superior izquierda. Los pulsos periféricos están presentes, el murmullo vesicular conservado y la auscultación cardíaca es rítmica, aunque ligeramente taquicárdica.

Se solicita TC Body con contraste informado para verificar ausencia de daño tanto craneal como visceral, objetivándose fractura de escápula y clavícula izquierdas no desplazadas, fractura ala sacra izquierda, fractura bilateral y diafisaria de fémures y fractura diafisaria de tibia izquierda.

El paciente es intervenido de urgencia procediéndose a la fijación interna mediante enclavado endomedular de ambos fémures y tibia izquierda bajo control radioscópico. Al finalizar la cirugía el paciente es trasladado a la unidad de Cuidados Intensivos. Se le inmoviliza la extremidad superior izquierda con un cabestrillo.

El paciente permanece estable en todo momento en la UCI, siendo trasladado a la planta de Traumatología a los 4 días de la intervención quirúrgica.

Transcurridos 10 días desde el accidente el paciente es dado de alta, permitiéndole la movilización activa de las cuatro extremidades, sin autorizar la deambulación debido a la fractura del ala sacra. Al mes del accidente el paciente comienza la rehabilitación, autorizándose en este momento la carga. A los dos meses el paciente deambula con ayuda de un bastón inglés y las radiografías presentan signos de consolidación. A los seis meses deambula sin ayuda y presenta un tono muscular cuadricipital de 4/5.

DISCUSIÓN

La atención al paciente politraumatizado constituye un reto para la Medicina de nuestros días que, requiere el trabajo coordinado de varios equipos de profesionales. La primera toma de contacto con estos pacientes la realizan los equipos de Emergencias, cuya actuación es fundamental para el devenir del paciente. El trabajo del equipo de Emergencias consiste fundamentalmente en una valoración primaria del paciente (siguiendo el sistema ABCDE), resolución de los problemas encontrados y traslado a un centro de referencia útil [1].

En el servicio de Urgencias se volverá a realizar una revisión primaria donde se identifican aquellas situaciones que amenazan la vida (ABCDE) iniciando simultáneamente su tratamiento. Posteriormente se realiza una exploración exhaustiva de la cabeza a los pies. Para el diagnóstico, en nuestro caso utilizamos

un TC Body (TC Corporal), más rápido, a pesar de que hoy en día es más común seguir el protocolo clásico ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), que consiste en la realización seriada de radiografías de columna cervical, tórax y pelvis; ecografía abdominal en busca de sangrado y TC focalizado en aquellas zonas con sospecha de lesión.[1, 2].

En relación al manejo terapéutico de estos pacientes se puede afirmar que, son la gravedad de las lesiones y la condición clínica del mismo los factores que determinarán el tratamiento más adecuado en cada caso. De esta forma clasificaremos a los pacientes en estables, borderline, inestables y extremis [3]. En pacientes inestables o potencialmente inestables debemos basarnos en el llamado "control de daños", que consiste en realizar una serie de gestos quirúrgicos poco agresivos encaminados a estabilizar la situación del paciente y disminuir el llamado "segundo impacto" (respuesta inflamatoria sistémica a la agresión). En pacientes estables se puede realizar el tratamiento definitivo de las lesiones de entrada (*Early Total Care*) [4]. En nuestro caso, al tratarse de un paciente considerado estable, se procedió de entrada a la fijación interna de las fracturas de huesos largos, con reevaluación continua del paciente durante el acto quirúrgico por parte del anestesista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Trauma. American College of Surgeons. Advanced trauma life support. ATLS program for Doctors. Chicago: American College of Surgeons, 2008.
2. Wurm T, Fruehwald P, Hopfner W, et al. Whole-body Multislice Computed Tomography (MSCT) as the first line diagnostic tool in patients with multiple trauma: the focus on time. *J Trauma* 2009; 66(3):658-665.
3. Delgado Martínez AD. Cirugía Ortopédica y Traumatología, 5ª edición. ISBN:9788491109174
4. Pape HC, Tornetta P 3rd, Tarkin I, Tzioupis C, et al. Timing of fracture fixation in
5. multitrauma patients: the role of early total care and damage control surgery. *J Am Acad Orthop Surg* 2009; 17:541-9

TABLAS Y FIGURAS



Figuras 1 y 2: Fractura de ambos fémures y tibia izquierda



Figuras 3, 4 y 5: Enclavado endomedular de ambos fémures y tibia izquierda