

FRACTURA PÉLVICA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

INTRODUCCIÓN

El paciente “politraumatizado” es aquel herido de origen traumático, con afectación de 2 o más órganos y potencial riesgo vital.

Las causas más frecuentes son traumatismos de alta energía como accidentes de tráfico (43-58%) y este problema supone la 1ª causa de mortalidad en <45 años y la 3ª causa a nivel global en España (gran impacto social).

El manejo inicial de estos pacientes es de vital importancia y está guiado por los “principios ATLS”, que establecen un reconocimiento primario cuyo objetivo es la rápida evaluación y tratamiento de lesiones que amenazan la vida siguiendo el algoritmo ABCDE.

Desde el punto de vista traumatológico, el principal nicho de actuación se encuentra en la “C” (Circulación), ya que la hemorragia constituye una de las principales causas de mortalidad en el politraumatizado y los focos más frecuentes de sangrado son los siguientes: tórax, abdomen, huesos largos, sangrados externos y PELVIS (tema a desarrollar en el presente trabajo).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se expone el presente trabajo desarrollado a través de una amplia búsqueda bibliográfica a partir de artículos obtenidos de plataformas como UpToDate o PubMed.

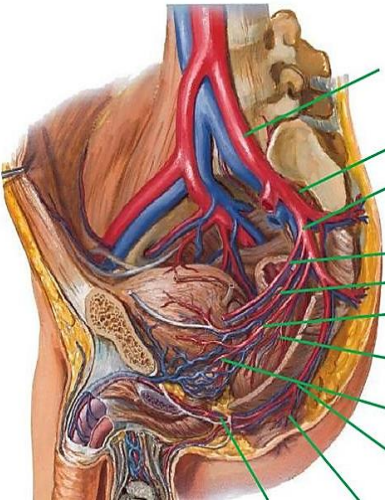
OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica que permita determinar la importancia del traumatismo pélvico en el paciente politraumatizado e indicar los pasos a seguir en estos casos, con especial hincapié en el manejo inicial y en las indicaciones y ventajas de los dispositivos de compresión circunferencial pélvicos (PCCD) vs. Fijadores externos.

RESULTADOS

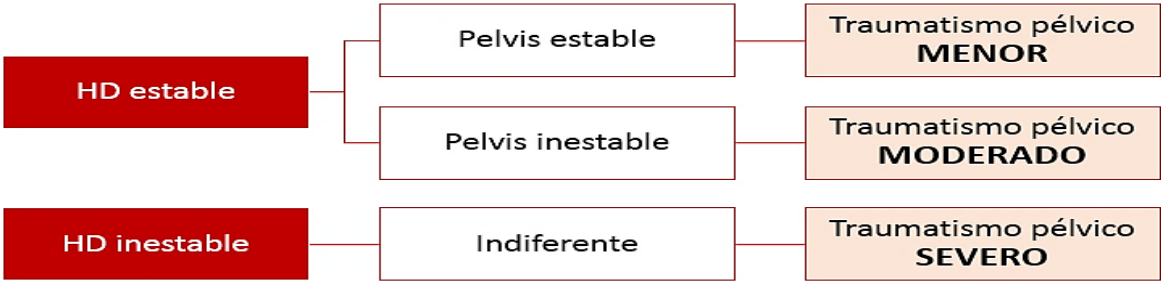
Las fracturas pélvicas representan el 3% de las lesiones esqueléticas, generalmente se deben a mecanismos de alta energía y presentan una mortalidad general de 5-16%. Pueden asociar lesiones intraabdominales, lesiones urológicas, lesiones neurológicas (L5-S3), etc. Pero la complicación más frecuente es la **hemorragia**, siendo el 80% de origen venoso y el 20% de origen arterial.

El riesgo de hemorragia aumenta a medida que la lesión pélvica se desplaza hacia la **región pélvica posterior** debido a los abundantes elementos vasculares presentes en esta zona. Por ello, aunque el sangrado **puede acompañar a cualquier tipo de fractura pélvica**, la probabilidad de hemorragia aumenta en fracturas “en libro abierto”, fracturas sacras y fracturas por cizallamiento vertical (imagen CYB).

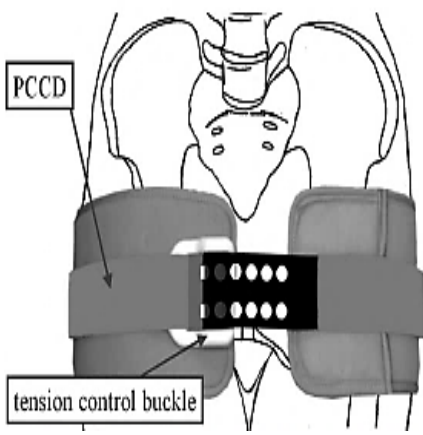


hematíes: plaquetas: plasma fresco congelado (relación 1-2:1:1) ya que si se aumenta el volumen sanguíneo mediante abundante suero fisiológico se diluyen los factores de coagulación, dificultando la creación de un coágulo que interrumpa el sangrado.

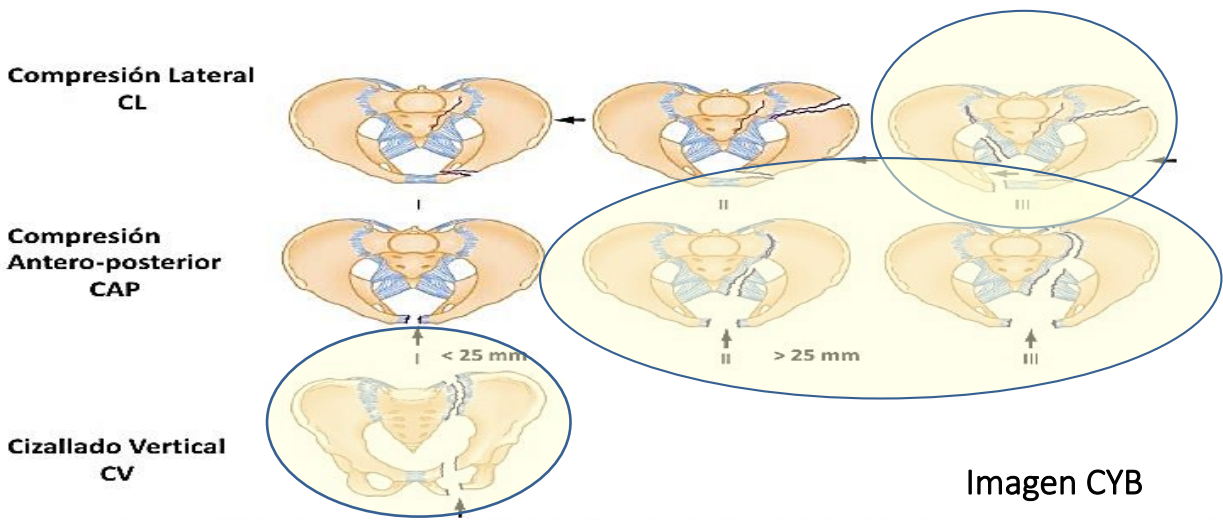
Coccolini *et al*, 2017 clasificaban los traumatismos pélvicos en función del mecanismo lesional, el estado hemodinámico (HD) del paciente y el estado mecánico de la pelvis.



En cualquier caso, se recomienda la **colocación de un PCCD** ante la mínima sospecha de lesión pélvica con el objetivo de reducir el volumen pélvico (efecto tapón) y estabilizar las fracturas. Se colocan rodeando los trocánteres mayores y sínfisis del pubis y pueden emplearse **máximo 24-48 horas** debido al riesgo de úlceras por presión.



Clasificación de Young & Burgess



La hemorragia no se manifiesta clínicamente hasta que se produce una pérdida sanguínea de 1,5-2 litros (30-40% volumen sanguíneo), por lo que en la literatura destacan el papel de los niveles de lactato y déficit de base en suero como marcadores precoces y sensibles de hipoperfusión.

Hasta el 38,5% de los pacientes hospitalizados por este motivo requieren transfusión, la cual se recomienda con **concentrado de**

Según las recomendaciones ATLS, los PCCD deben utilizarse antes que los fijadores externos cuando hay signos de fractura del anillo pélvico, ya que sirven como terapia puente hasta la estabilización mecánica pélvica definitiva o temporal (fijadores externos) en pacientes no subsidiarios de cirugía definitiva en las primeras 24-48 horas.

	PCCD	Fijador externo
Tiempo	4,5 min	30-60 min
Transfusión inmediata	2	3,5
Transfusión 24h	4,9	17,1
Transfusión 48h	5,6	18,6
Infección	10 %	33 %
Días hospitalización	16,5	24,4
Mortalidad **	26%	37 %

CONCLUSIONES

- El politraumatismo es un problema frecuente en nuestro día a día.
 - La pelvis es un foco de sangrado potencialmente mortal.
 - PCCD indicados ante la mínima sospecha de lesión pélvica
- Si fuera necesario, iniciar transfusiones de CH:Plaquetas:PFC cuanto antes
 - Es muy importante valorar al paciente clínica y mecánicamente