



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-206 - FRACTURAS DE PELVIS EN EL PACIENTE POLITRAUMÁTICO: ¿HA LLEGADO EL MOMENTO DE CAMBIAR NUESTROS ALGORITMOS?

Farré Alins, Pau; Nonell Amill, Anna; Gràcia, Raquel; Llaquet, Heura; Campos, Andrea; Artigas, Anna; Llorach, Núria; Navarro, Salvador

Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Las fracturas de pelvis son una lesión frecuente en el paciente politraumatizado (3-10%). Si asocian inestabilidad hemodinámica, representan una de las principales causas de muerte prevenible en el trauma cerrado. Estos pacientes suelen asociar un Injury Severity Score (ISS) elevado (25-48) y elevada mortalidad (5-30%), principalmente consecuencia del *shock* hipovolémico o fallo multiorgánico. En la actualidad se considera el origen arterial de la hemorragia es equiparable al origen venoso. Este cambio de paradigma nos ha llevado a replantearnos los algoritmos clásicos del manejo. El objetivo de nuestro estudio es analizar el tratamiento realizado a pacientes con fractura de pelvis hemodinámicamente inestables (*packing* preperitoneal, embolización o fijación) y describir las características y resultados de cada uno de ellos.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo con recogida de datos prospectiva, incluyendo los pacientes politraumáticos mayores de 14 años que requieren ingreso en UCI. Se han analizado los pacientes con fracturas de pelvis e inestabilidad hemodinámica a su llegada.

Resultados: Entre enero de 2006 hasta abril de 2023 se han atendido 2.400 pacientes politraumáticos; 166 cumplieron criterios de inclusión. La mayoría de pacientes fueron hombres (70%), con una media de 43 años de edad (DE 19). El ISS medio fue de 35 (DE 15,2) y el Shock Index medio fue de 1,2 (DE 0,4). El principal mecanismo de acción fueron los accidentes de tráfico (39%), seguido de la precipitación (33%). Se ha analizado el tipo de fractura pélvica: Inestabilidad horizontal/rotatoria o Tyle B (53%); Inestabilidad vertical o Tyle C (10%); Estables (37%). La mortalidad global de la muestra fue del 24% (40 pacientes) siendo la causa más frecuente el *shock* hipovolémico (55%), seguida de muerte neurológica (25%). Se realizaron un total de 126 procedimientos (tabla). De los 21 pacientes a los que se realizó *packing* preperitoneal la mayoría tenían una pelvis inestable (85%), en su mayoría por inestabilidad horizontal (52 vs. 33%). La mayoría no tenían sangrado arterial, demostrado por extravasación de contraste en el TC (71,4%). En 12 casos se asoció al *packing* una embolización (4 preoperatoria por inestabilidad hemodinámica, sin TC previo y 8 casos posoperatoria por persistencia de la inestabilidad). Estos pacientes, con dos procedimientos, tuvieron un ISS medio de 39 (DE 10,6), un Shock Index de 1,4 (DE 0,25). 5 pacientes de este grupo fallecieron por *shock* hipovolémico.

Procedimiento	Número de pacientes (% del total)	ISS	Shock Index	Exitus (% del grupo)	Causa de fallecimiento	Transfusión (% del grupo)
Packing preperitoneal	21 (12%)	38	1.36	28%	Shock hipovolémico (50%)	95%
Embolización	64 (38.5%)	38	1.25	36%	Shock hipovolémico (60%)	90%
Fijación	43 (26%)	36.5	1.27	12%	Fallo multiorgánico (80%)	88%

Conclusiones: Los pacientes a los que se les realizó *packing* y los que recibieron embolización presentan ISS medio similar, con un Shock Index superior en los pacientes con *packing*. La mortalidad por shock hipovolémico es superior en los pacientes con embolización. Este hecho podría deberse a que las fracturas pélvicas con inestabilidad horizontal acumulan gran parte de su sangrado a nivel venoso, condicionando mejor resultado del *packing* preperitoneal en primera instancia pudiendo completar la terapéutica con embolización y/o fijación. Aquellos que han recibido fijación externa presentan un ISS y mortalidad menor, por causa distinta al resto de grupos. A propósito de nuestra experiencia, se ha elaborado un nuevo algoritmo terapéutico.