Semergen. 2019;45(Espec Congr 7):165

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

423/181 - POLITRAUMATISMO EN URGENCIAS. IMPORTANCIA DEL RÁPIDO MANEJO EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

I. Rivera Panizo[1], J. Bustamante Odriozola[2], M. Maamar El Asri[3], I. Hernando García[4], J. Loricera García[5], B. Simón Tárrega[6], J. Rodríguez Duque[7], M. Tobalina Segura[8], A. Ruíz Urrutia[9], A. del Rey Rozas[10]

[1]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Bezana. Cantabria.[2]Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria.[3]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria.[4]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.[5]Servicio de Reumatología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.[6]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.[7] Médico residente digestivo 2º año. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.[8]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Muriedas. Cantabria.[9]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr Morante. Santander. Cantabria.[10]Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 53 años con AP de esquizofrenia paranoide, derivado a urgencias tras precipitación desde un 2º piso con intención de fuga (no intento autolítico) mientras se encontraba ingresado en Unidad de Psiquiatría por episodio de esquizofrenia residual. Tratamiento: olanzapina 7,5 mg/día.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. No colabora. Gcs 15/15. No focalidad aparente. Comprende órdenes, poco lenguaje espontaneo. Sensibilidad al tacto fino conservada en MMII. Sensibilidad termoalgésica conservada. MMSS: 5/5. AC: rítmico, sin soplos. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen: depresible, no doloroso a la palpación. EEII: dolor a nivel lumbar. Deformidad de fémur con impronta en piel que no llega a abierta. Deformidad en ambos tobillos. Piel integra ambos. Piel calcáneo izquierdo integra, erosión en maleolo medial. TAC toraco-abdomino-pélvico, objetivándose fracturas múltiples en ambas extremidades inferiores (Fractura fémur distal derecho, fractura pilona derecho, fractura calcáneo izquierdo y fractura peroné izquierdo) que requieren intervención quirúrgica urgente. TC columna lumbosacra: parénquima pulmonar normal, descartándose neumotórax ni derrame pleural. No se objetivan contusiones pulmonares. No hay derrame pericárdico. No hay neumoperitoneo ni líquido libre intraabdominal. Fractura-aplastamiento L1 a expensas del platillo superior con afectación del muro posterior con fragmento que invade el canal en el 50%. Fractura de la lámina izquierda. Hematoma de partes blandas prevertebral. ECG normal.

Juicio clínico: Politraumatismo con múltiples fracturas en paciente psiquiátrico.

Diagnóstico diferencial: Se realiza con fracturas múltiples y lesiones internas como neumotórax, neumoperitoneo, fallo multiorgánico. Además, desde el punto de vista psiquiátrico diferenciar de forma urgente si la precipitación ha sido con intención autolítica.

Comentario final: Ante la clínica de gravedad se canaliza catéter venoso central de acceso periférico para garantizar analgesia. Se administran gamma y toxoide antitetánico por lesión de piel en maleolo izquierdo. Se

realiza interconsulta a medicina intensiva siendo necesaria intervención quirúrgica urgente. Ante la negativa del paciente de ser intervenido se contacta con el juzgado para proceder a la incapacidad. Tras ello, se realiza IQ con fijación de MID y osteosíntesis de fractura de calcáneo izquierdo y fijación transpedicular percutánea T12-L2 y se ingresa en UCI recuperándose progresivamente. Analíticamente con Hb 7,5 g/dL por lo que requiere transfusión de hemoderivados. Se define politraumatismo como todo enfermo con más de una lesión traumática, alguna de las cuales se comporta, aunque solo sea potencialmente, como un riesgo vital para el paciente, por lo que la primera medida es estabilizar al paciente siguiendo los protocolos. Hoy día constituye la primera causa de muerte en las cuatro primeras décadas de la vida, produciendo un alto número de incapacidades, por lo que es necesario diagnosticarlo y tratarlo de manera inmediata. Nuestro caso, además de las complicaciones propias de las múltiples fracturas, conlleva una complicación mayor, al tratarse de paciente psiquiátrico en el que, ante la gravedad de las lesiones, se debe solucionar de forma judicial para decidir sobre su patología actual y esto debe hacerse de una forma organizada pero inmediata, ya que, como se ha mencionado, “el politraumatismo se considera, al menos potencialmente, un riesgo vital”.

Bibliografía

Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias, 4ª ed. semes. 2014.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.