

424/2373 - PELVIS INESTABLE Y MANEJO DE POLITRAUMATIZADO

E. López Gómez, L. Gómez Sánchez y V. Lozano Kolesnikov

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Sala de coordinación da aviso de accidente de moto en la cual se encuentra implicado varón aproximadamente 20 años, que se encuentra tendido en vía pública con evidentes signos de dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Evaluación primaria: paciente consciente, en posición de seguridad, con casco puesto. A: Vía aérea permeable sin signos de obstrucción. Lenguaje claro. Se realiza maniobra de movilización y extracción de casco con control cervical bimanual y posterior colocación collarín cervical y dama de elche. B: FR: 14 rpm. SatO₂ 97%. No se aprecian lesiones en cuello o tórax. AP sin hallazgos. No crepitantes subcutáneo. C: TA: 60/30. AC: rítmico a 110 lpm, retraso en relleno capilar, sudoroso. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación Hipocondrio izquierdo sin apreciarse hematoma ni masas ni megalias. Lesión contusa en región pélvica izquierda con dolor e inestabilidad a la palpación. Se canaliza VVP (18) con administración de 500 SSF. Se realiza fijación de pelvis mediante sábana pélvica. D: PINRLA. Glasgow 15, no focalidad neurológica. Evaluación secundaria. Deformidad dorso de muñeca, Dolor en región anterocostal izquierda. Tras valoración y medidas iniciales se realiza nueva evaluación A/B: sin hallazgos C: nueva TA 80/45. Se canaliza nueva VVP en brazo contralateral administrándose 500 SSF y 75 µg fentanilo + primperán IV en 100 SSF. Se decide traslado a SUH dando preaviso de Código Trauma. Sin incidencias durante traslado. PPCC y evolución durante ingreso. Resumen TAC: fracturas costales izquierdas. Fracturas apófisis transversas y espinosas de vertebras lumbares. Fractura de pelvis ósea. Discreto neumotórax anterior izquierdo. Contusión y discreta laceración hepática a nivel de borde inferior. Contusión y discreta laceración en polo superior de riñón derecho. Rx: Fx radio distal Evolución. paciente es ingresado en UCI hasta estabilización y derivación a Hospital de referencia para ingreso e IQ en unidad de Pelvis. Con buena evolución posquirúrgica.

Orientación diagnóstica: Politraumatizado, pelvis inestable.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax a tensión, Rotura esplénica.

Comentario final: El manejo y la rápida evaluación sistemática y tratamiento de las complicaciones ante el paciente con politraumatismo grave debe ser una prioridad. Ya que una correcta evaluación del paciente puede ser la diferencia entre la estabilización o no del paciente.

Bibliografía

1. ATLS, advanced trauma life support for doctors. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2008.

Palabras clave: Politraumatizado. Pelvis inestable.