



INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 26 años que ingresa en box de traumatología tras sufrir accidente de tráfico.

A su llegada hemodinámicamente estable, algo agitado y con Glasgow 15. Presenta dolor e impotencia funcional en extremidad inferior izquierda, herida inciso-contusa en mentón y labio superior, dolor a nivel costal izquierdo, quemaduras en región sacra, antebrazos y cuello.

Se realizan Radiografías de cráneo, tórax, abdomen, pelvis y TAC toraco-abdominal.

Diagnósticos

- Fractura Peritrocantérea de fémur izquierdo.
- Fracturas costales izquierdas.
- Herida inciso contusa en labio superior y mentón.
- Quemaduras por erosión en región sacra, antebrazos y cuello.



OBJETIVOS

Actuación conjunta desde el servicio de urgencias con los equipos médicos, quirúrgicos, enfermeros, unidad de accidentes de circulación (UAC) y servicio de rehabilitación (RHB).



METODOLOGÍA

Se realizaron :

- Limpieza y desinfección de región sacra, antebrazo, cuello, mentón y labio superior.
- Sutura del labio superior.
- Diversas curas, húmedas o secas según la herida y su evolución. Se utilizó Linitul®, Jaloplast gel®, Furacin®.
- Tracción transcutánea de 6Kg de peso.
- Profilaxis antitetánica y preoperatorio completo.
- Profilaxis antibiótica y antitrombótica.
- 3 intervenciones quirúrgicas por el servicio de traumatología:

1- Colocación de clavo endomedular, cerclajes de alambres proximales y pernos distales.

2- Segunda intervención a los 9 meses por presentar pseudoartrosis de fémur y fatiga del clavo endomedular. Se retiran los tornillos y el clavo endomedular. Se reabre el foco de fractura reavivándose con fresado, y se coloca un nuevo clavo endomedular. Para la corrección del defecto óseo se utiliza autoinjerto de cresta iliaca en el foco de fractura añadiendo un sustituto de injerto óseo osteoinductivo y osteoconductor compuesto de matriz ósea desmineralizada .

3- A los 22 meses, nueva intervención quirúrgica por intolerancia al clavo endomedular, procediéndose a la retirada definitiva del material.

- Realiza numerosas visitas en consultas externas de la UAC y el servicio de RHB para mejorar la funcionalidad respiratoria tras las fracturas costales, y de la extremidad inferior.

- Control radiológico y TAC.



RESULTADOS

- Disminución del defecto estético de labio, mentón, cuello, antebrazo y región sacra.
- Correcta consolidación de fracturas costales.
- Dolor residual durante todo el proceso.
- Tras varias intervenciones y repetidas sesiones de RHB, a las cuales no se presentó siempre el paciente, se llegó a conseguir una completa consolidación de la fractura con cierta descalcificación del segmento proximal del fémur.
- Leve hipertrofia del cuádriceps.

CONCLUSIONES

La seguridad de los pacientes politraumáticos aumenta cuando son tratados por un equipo multidisciplinar.

Para realizar la prevención de las complicaciones de forma eficaz y eficiente, es necesaria la comunicación constante de todos los miembros del equipo, de manera que se puedan adoptar las medidas pertinentes para su resolución.

A pesar de las complicaciones surgidas durante todo el proceso, el paciente consiguió una buena movilidad de la extremidad inferior izquierda con cierta impotencia y dolor residual que mejoraba tras la realización de los ejercicios pautados.

