

# ANÁLISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN INICIAL DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON FRACTURA DE PELVIS POR PERIODOS: EVOLUCIÓN E IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

García Jarabo E, Alonso Grandes M, González López M, López Alcolea J, Vacas Sánchez E, Ramos Pascua JL

## OBJETIVOS

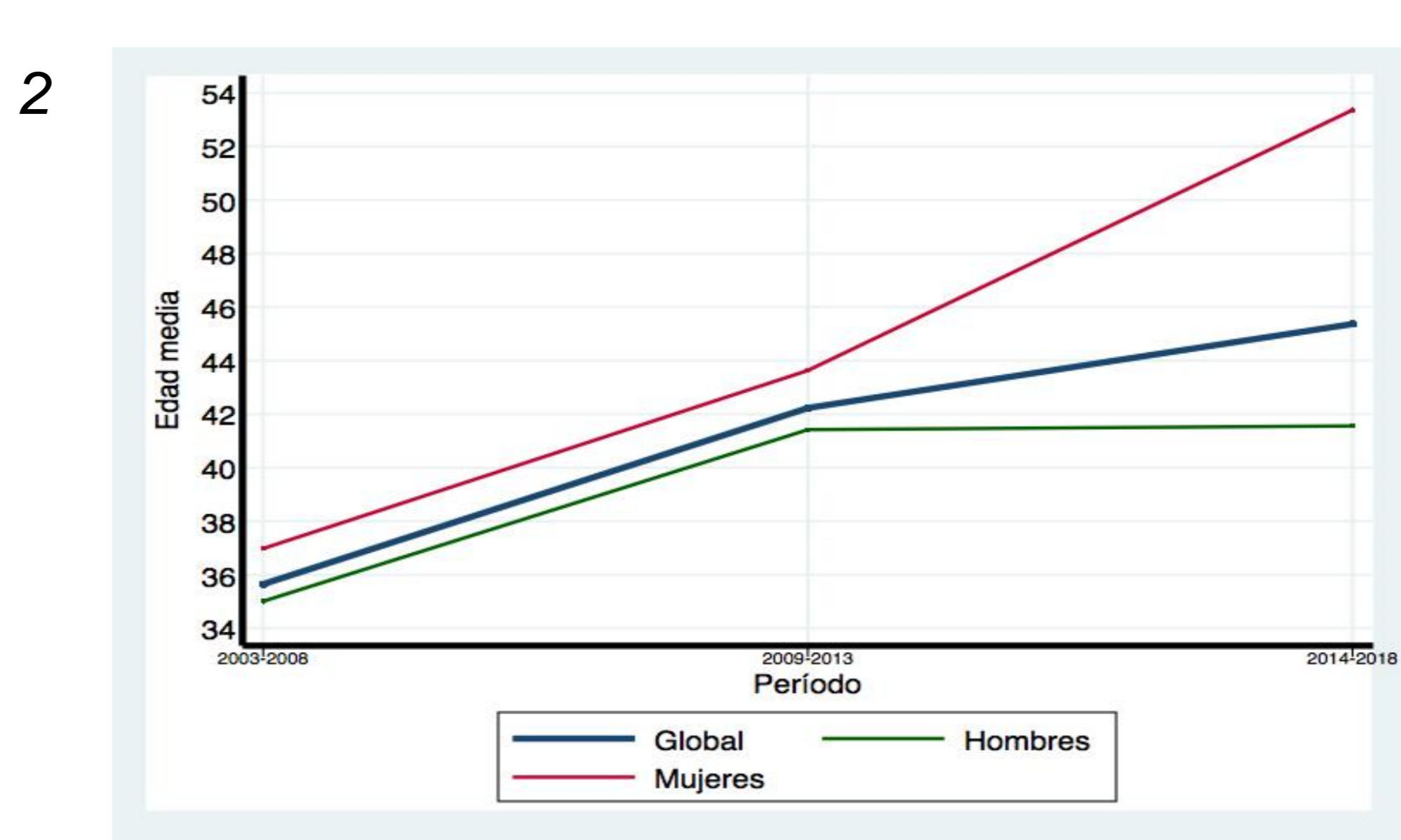
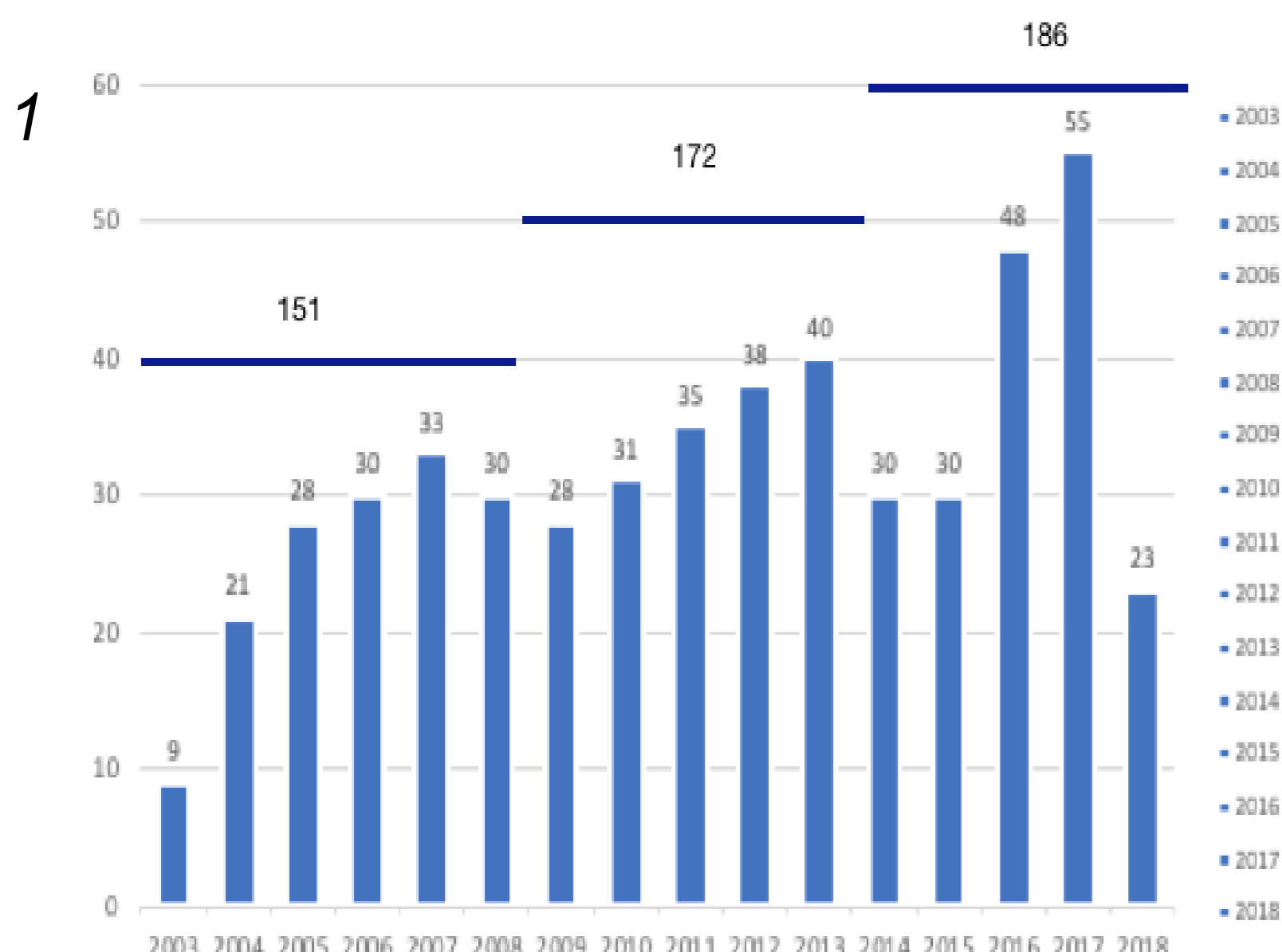
- Describir los protocolos de actuación inicial en pacientes con fractura de pelvis y analizar sus modificaciones e impacto en la supervivencia mediante un análisis por periodos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio **retrospectivo** de cohorte con **recogida prolectiva** de datos en registro de trauma (base de datos disociada).
- Se revisan pacientes con **fractura de pelvis por alta energía** ingresados en el Hospital 12 de Octubre **entre 2003 y 2018**.
- Se analizan la atención extrahospitalaria, índices de gravedad y supervivencia, la atención inicial hospitalaria, complicaciones y la mortalidad siguiendo la metodología TRISS.

## RESULTADOS

- La **incidencia** (1) de pacientes con fractura de pelvis por alta energía **ha aumentado** progresivamente a lo largo del periodo 2003-2018. De los **509 pacientes incluidos**, la mayoría son **hombres con una edad media de 40 años** (2).
- Los mecanismos lesionales más frecuentes (3) son los **accidentes de tráfico** (53.1%) seguidos de las autolisis (18.3%).



3

Tabla 2: Frecuencia de los mecanismos lesionales por sexo

Mecanismo lesional	n	Hombres	Mujeres
Tráfico	270 (53.1%)	49.9%	59.3%
Autolisis	93 (18.3%)	15.1%	24.4%
No conocida	45 (8.8%)	11.0%	5.2%
Laboral	40 (7.9%)	10.7%	1.7%
Caída accidental	37 (7.3%)	7.4%	7.0%
Deportivo	11 (2.2%)	3.3%	0.6%
Otros	7 (1.4%)	1.8%	0.6%
Agresión/Ataque	6 (1.2%)	0.9%	1.7%

- Ha **aumentado el uso del cinturón pélvico, ECO-FAST, TAC abdominal, packing, fijación externa, arteriografía y politransfusión** en detrimento de otras técnicas como la radiografía cervical (4).
- Como **determinantes independientes de mortalidad** identificamos la edad, la gravedad del TCE y la gravedad del traumatismo torácico.
- La **mortalidad global (12%) ha disminuido**, aunque de forma **no significativa**. Ha disminuido la mortalidad por shock hemorrágico, coagulopatía y SDMO (5).

4

	Periodo 2003 – 2008 N=151		Periodo 2009 – 2013 N=172		Periodo 2014-2018 N=186		p
	̄X	(%)	̄X	(%)	̄X	(%)	
Cinturón prehosp		9,9%		40,2%		80,5%	<0,01
RX cervical		45,8%		27%		2,5%	<0,01
TC abdominal		79,2%		90%		87,1%	0,02
ECOFAST		42,1%		56,6%		66,2%	<0,01
Transfusión		15,9%		29,8%		40,9%	<0,01
Fijación externa pelvis		20,5%		35,5%		36,6%	<0,01
Arteriografía pelvis		7,9%		23,8%		12,9%	<0,01
Packing extraperitoneal		0%		1,7%		7%	<0,01

5

	Periodo 2003-2008	Periodo 2008-2013	Periodo 2014-2018
Shock hemorrágico	50%	33,3%	12%
Hipertensión intracraneal	27,8%	33,3%	32%
SDMO	11,1%	20%	32%
Limitación esfuerzo terapéutico (LET)	5,6%	6,7%	20%
Otras causas	5,6%	6,7%	4%
Significación			0,1

## CONCLUSIONES

A pesar de las mejoras incorporadas, la **mortalidad** asociada a la fractura de pelvis persiste **elevada** en la actualidad.

Para todo ello es crucial que cada centro cuente con un **equipo multidisciplinar** para el tratamiento de estos pacientes basado en un **algoritmo adaptado** a los recursos de cada centro.

Los **principios del manejo inicial** deben centrarse en la reanimación, estabilización externa de la pelvis, control de la hemorragia y tratamiento de lesiones asociadas.