

Conducta a seguir en el cuerpo de guardia frente a un politraumatizado

Dr. Roberto Méndez Catasús¹

1.-El politraumatizado grave representa el 20 % de los accidentados y de ellos la cuarta parte son críticos. A ellos se les dará prioridad de atención por un grupo multidisciplinario, dirigido por un cirujano general de experiencia.

Se recepcionará al lesionado en un área que tenga previstas camillas y que cuente con gases medicinales, buena iluminación y medios suficientes para trabajar con el politraumatizado.

1.1-De inicio las acciones diagnósticas se harán “por apreciación clínica” e irán encaminadas a detectar las lesiones existentes o sus complicaciones, que ponen en peligro inminente su vida y a actuar en consecuencia; de forma inmediata. Paralelamente al diagnóstico se realizarán las medidas siguientes :

1.1.1. De inicio se comprobará el ciclo vital:

- Respiración: Vas aéreas, ventilación, expansibilidad, estabilidad e integridad de la pared torácica.
- Circulación: Estado de la hemodinamia; si existe shock, sospecha de sangramiento activo: interno o externo.
- Estado de la conciencia: Escala de Glasgow.
- Columna cervical: Estabilidad.
- Amputaciones traumáticas o fracturas complejas de pelvis y huesos largos.
- Quemaduras: Por ignición, químicas, o por fricción.

1.1.2 Acciones:

- De forma simultánea, otros miembros del equipo tomarán todos los datos del paciente y los que se van recogiendo progresivamente.
- Desnudan al lesionado.
- Se canalizan de inicio al menos 2 venas periféricas, con trocar grueso calibre # 16 o # 18, tomándose muestras de sangre para laboratorio y banco de sangre.
- Se cateterizará la vejiga con sonda Foley, vaciándose la misma y anotando la hora y características de la orina; cuidando, en caso de fracturas de pelvis, con la posibilidad de ruptura de la uretra posterior (membranosa, gota de sangre en el meato, próstata “flotante” al tacto rectal), en cuyo caso se hará cistostomía por punción suprapúbica.
- Si existiese hematuria, se pueden obtener imágenes diagnósticas con el US renal, o el urograma descendente por perfusión.
- Se pasará sonda nasogástrica y se evacuará el estomago, evaluándose

las características de su contenido.

- En todo trauma de cráneo se estabilizará la columna cervical, con una minerva ligera; como profilaxis.

1.1.3 Se iniciará la reanimación y resucitación del lesionado, con las medidas siguientes:

- Garantizando ante todo la permeabilidad de las vías aéreas, ya sea por intubación, coniostomía o traqueostomía. En ocasiones, en heridas soplantes de la tráquea se puede intubar con una cánula a través de la misma herida.

- Aspirar y liberar de secreciones el árbol traqueobronquial, para suministrar oxígeno acoplándose a un ventilador mecánico y garantizar la ventilación, la expansión torácica y la estabilidad del tórax, en caso de ser necesario. (tórax batiente). cuidando, si se piensa en un neumotórax, de hacer una pleurotomía mínima, conectada a un frasco con sello de agua.

- En caso de sospecharse neumotórax hipertensivo se colocará un trócar grueso de inicio (lo primero es descomprimir), con lo que se oirá el silbido típico del aire saliendo. Sin perder tiempo, se adicionará a este trócar un dedil de guante colapsable o sustituyéndolo por una sonda con válvula de Heimlich, en el segundo espacio intercostal y línea medio clavicular, también conectada a un sello de agua.

- En el neumotórax abierto se convertirá en cerrado (Ver el tema correspondiente en este manual), evitando no convertirlo en hipertensivo; mediante una pleurostomía previa.

- Se aliviará el dolor con analgésicos endovenosos, en las fracturas. Mas adelante se puede colocar un catéter peridural fino para realizar la analgesia.

1.1.4. En caso de inestabilidad hemodinámica se perfundirá volumen (Ver el tema de shock en este manual), abordándose una vía centrovénosa en el momento adecuado (Cava superior o inferior, según el área del traumatismo).

Se procederá a cohibir las hemorragias externas (Ver el tema correspondiente en este manual).

1.1.5. Se inmovilizarán y estabilizarán las fracturas.

1.1.6. Una vez estabilizado e lesionado, se procederá a hacer un examen físico completo y minucioso, habiendo buscado previamente, por anamnesis, con el herido, en caso de estar lucido, o con sus familiares o acompañantes, toda la información necesaria sobre el accidente: características, tipo, tiempo transcurrido, agente vulnerante, mecanismo de acción, la posición del lesionado al recibir el trauma, estado de conciencia antes de recibir el traumatismo, ingestión de bebidas alcohólicas y otras sustancias tóxicas.

En caso de accidentes de tránsito, determinar su lugar en el vehículo, si era el conductor, si hubo muertos dentro del vehículo, si era peatón, si

fue lanzado fuera (*rolling*), si quedó atrapado, o si la cabina se hundió hasta 30 cm en el impacto.

Si fue por caída de altura, precisar si fue de más de 5 m en los adultos y 4 m en los niños.

1.1.7. Con esta información se procederá a un nuevo examen clínico (evaluación secundaria) detectando lesiones no encontradas en la evaluación clínica inicial (Por apreciación).

Ya examinado el tórax, se procederá a examinar el abdomen, buscando escoriaciones, equimosis o hematomas, que denoten trauma; se observará la movilidad del mismo con la respiración y se explorará, percutiéndose, buscando la matidez hepática y declive; se buscará a la palpación la defensa antálgica o la contractura de la pared y si hay herida, cuál fue el objeto que la produjo. Se decidirá si se hace punción o lavado peritoneal; recordando que el ultrasonido puede ofrecer información que haga innecesario estos exámenes.

1.1.8. En todo el proceso de la atención inicial del lesionado y del diagnóstico se actuará en consenso con el resto de los especialistas que participan en la atención del lesionado, para la planificación de los estudios imagenológicos y de otro tipo, que necesiten movilizar al lesionado; a fin de evitar más de un viaje en una dirección.

1.1.9. Se interconsultará con las especialidades necesarias, de acuerdo con las lesiones detectadas : anesthesiólogo, intensivista, neurocirujano, ortopédico, máxilo-facial, urólogo y otros que fuesen necesarios (obstetras, angiólogos, cardiocirujanos, oftalmólogos, etc.)

1.1.10. Exámenes complementarios:

1.1.10.1. Imagenología:

- Radiología simple : Cráneo y columna cervical, tórax, pelvis y extremidades.
- Tomografía axial computarizada, simple o contrastada, la cual se utiliza sobre todo en cráneo y en la sospecha de la desinserción del cayado de la aorta, por desaceleración.
- Resonancia magnética nuclear, en las lesiones del sistema nervioso central, incluyendo la médula.
- Ultrasonido (U.S.), abdominal y torácico, que, en caso de ser positivo de líquido intracavitario, evitará la punción o el lavado peritoneal diagnóstico, los que se realizarán en el caso de no tenerse la posibilidad del U.S.. de urgencia. Estos últimos estudios se harán en lesionados con estabilidad hemodinámica y siempre con los pacientes acompañados por un médico de asistencia.

1.1.10.2. Laparoscopia diagn6stica y terap6utica :
Esta investigaci3n tiene gran importancia por su valor
diagn6stico y terap6utico.

Ning6n politraumatizado grave o cr6tico, ser6 remitido a otro centro para realizarle este procedimiento, o en cualesquiera otras circunstancias, sin haberse estabilizado hemodin6micamente, al menos durante 30 a 45 minutos, para tener la seguridad de que no presenta una hemorragia activa y sin previa coordinaci3n con el centro que recepci3n6 al lesionado, al que se le dar6 toda la informaci3n del herido que recibir6n.

El traslado se har6 en veh6culos que cuenten con los recursos que garanticen la estabilidad hemodin6mica y respiratoria de los lesionados.

1 Profesor Titular (Consultante) de Cirug6a, Facultad Finlay-Albarr6n. Especialista de II Grado en Cirug6a General y Miembro del Grupo Nacional de Cirug6a del MINSAP.