



Capítulo 5

MANEJO INICIAL DEL POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS

A. Blanco Bravo

INTRODUCCIÓN

- ▲ Se puede definir el **politraumatizado** como todo herido con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve riesgo vital.
- ▲ El *politraumatizado* puede serlo solamente del aparato locomotor, por lo que se les denomina *polifracturados*. Si las lesiones son sólo viscerales se dice que estamos ante un *politraumatizado visceral*. Si se combinan las dos, lo que ocurre la mayor parte de las veces, hablamos de *politraumatizado mixto*. La enfermedad traumática representa hoy día en occidente la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de la vida. La correcta valoración y tratamiento inicial de estos pacientes ha sido desde hace años establecida por el "American College of Surgeons" y universalmente aceptada debido a su sencillez. El objetivo es, dado las múltiples lesiones que presentan estos pacientes, el diagnóstico y tratamiento de las mismas por orden de importancia, para lograr la reanimación eficaz del enfermo. El orden de actuación es fundamental para tener éxito, no debiendo pasar de un nivel a otro sin haber resuelto o puesto en práctica las medidas para solucionar el anterior. Por ejemplo: no debemos drenar un neumotórax a tensión si el enfermo tiene la vía aérea obstruida y no hemos conseguido permeabilizarla. Este mismo orden evita que la "acumulación de síntomas graves" nos haga perder un tiempo precioso al intentar resolver todo a la vez y no saber por donde empezar. Por otro lado, la reevaluación continua del paciente durante las primeras horas hasta su estabilización es fundamental. Globalmente, la mitad de las muertes se producen antes de la hospitalización del paciente y las restantes en el hospital, ocurriendo el 60% de ellas dentro de las primeras 4 horas después del ingreso. Estos enfermos se mueren habitualmente en cuestión de minutos en las roturas de corazón y grandes vasos, y en horas, si la causa es hemoneumotórax, trauma craneal o rotura de hígado o bazo, y en días-semanas, por sepsis o fallo multiorgánico. El objetivo principal es el segundo grupo, ya que múltiples estudios demuestran que muchas de estas muertes son previsibles y tratables por un equipo bien entrenado.

VALORACIÓN INICIAL DEL POLITRAUMATIZADO

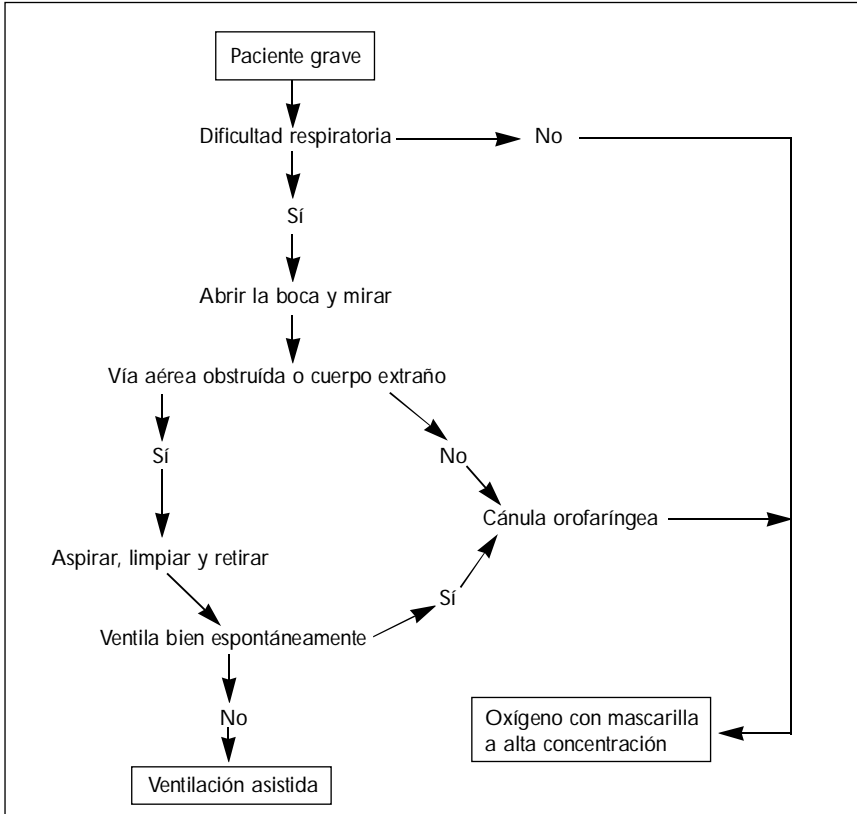
1.-Reconocimiento primario

1. Asegurar permeabilidad de la vía aérea (cuadro 5.1) con control de la columna cervical.
2. Asegurar correcta ventilación/oxigenación descartando neumotórax a tensión.
3. Control circulatorio: identificar y tratar el shock; cohibir la hemorragia externa.
4. Valoración neurológica: despistar edema cerebral y posibles urgencias de neurocirugía. Hacer Escala de Coma de Glasgow.
5. Acabar de desnudar al paciente y colocar sondas (nasogástrica y vesical).

2.- Reconocimiento secundario

1. Inspección, palpación y auscultación desde la cabeza a los pies de manera detallada.
2. Tratamiento definitivo y consulta a especialistas.
3. Valorar necesidad de traslado a Centro de Referencia.

Cuadro 5.1: Aproximación inicial. Manejo de la vía aérea



RECONOCIMIENTO PRIMARIO

1.- Asegurar permeabilidad de la vía aérea con control de la columna cervical.

Lo primero que debemos hacer es acercarnos al enfermo y preguntarle su nombre:

- a) Si contesta: nos indica que su vía aérea está permeable y su cerebro perfundido. Entonces, administramos oxígeno a alto flujo (50%).
- b) Si el paciente no contesta: debemos abrir la boca y mirar. La causa más frecuente de muerte evitable en traumatismos graves, es la obstrucción de la vía aérea por la lengua al disminuir el nivel de conciencia. Si la vía aérea está obstruida por sangre o líquido lo aspiramos, si son sólidos, se sacan con pinzas o



con los dedos, y si es por la lengua se coloca una cánula de Guedel. Si el problema no se resuelve se procede a intubación orotraqueal. Excepcionalmente si no se consigue la intubación, se realiza cricotirotomía ó traqueotomía.

Todas estas técnicas se realizan con riguroso control cervical.

2.- Control de la respiración.

Una vez permeabilizada la vía aérea, procederemos a desvestir el tórax y visualizar los movimientos respiratorios que deben ser simétricos en ambos hemitórax. Comprobamos la integridad de la pared torácica, así como la profundidad y frecuencia de la respiración.

Lo inmediato y más urgente es descartar la presencia de neumotórax a tensión. El silencio absoluto en la auscultación o la presencia de enfisema subcutáneo rápidamente progresivo, con clínica de grave insuficiencia respiratoria, son datos sugestivos de esta complicación.

Si existe este problema y sin necesidad de hacer radiografía de tórax, se procederá a colocar catéter tipo Abbocath grueso (nº 14) en 2º espacio intercostal, línea medio clavicular, y posteriormente tubo torácico de drenaje pleural, en 4º-5º espacio intercostal, línea medio axilar.

3.- Control de la circulación y de la hemorragia.

Se debe controlar inmediatamente la hemorragia externa aplicando compresión local directa.

La morbi-mortalidad del shock hipovolémico guarda relación directa con la duración del mismo. Para identificar la hipovolemia debemos explorar:

- Pulso: fijándonos en su amplitud, frecuencia y regularidad.
- Piel: una piel fría, pálida y sudorosa nos indica hipoperfusión.
- Relleno capilar: si es superior a dos segundos indica lo mismo.

La tensión arterial en las primeras fases del shock, puede ser normal ("fase de compensación"), lo cual puede inducir a errores. Si se considera el enfermo como hipovolémico se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre (G14) e infundir rápidamente soluciones isotónicas, como Ringer lactato o suero salino al 0'9%, en sobrecarga de 1.000-2.000cc en diez minutos, valorando la respuesta hemodinámica del paciente y repetir si es preciso.

Se extraen muestras de sangre para analítica de rutina y pruebas cruzadas. Se monitoriza ECG.

4.- Examen neurológico.

Se debe despistar con urgencia la presencia o no de focalidad neurológica y valorar la necesidad de TAC.

Se debe explorar: Escala de Coma de Glasgow, tamaño y reacción pupilar y nivel de conciencia.

5.- Desnudar completamente al paciente y colocar sondas.

- ▲ Nasogástrica: en traumatismos faciales colocar siempre por la boca por el peligro de introducirla en la fosa craneal media.
- ▲ Vesical: evitar el sondaje cuando se vea sangre en meato o hematoma escrotal.

RECONOCIMIENTO SECUNDARIO

Una vez salvada la urgencia vital se procede a un examen exhaustivo desde la cabeza a los pies basado en la inspección, palpación y auscultación.

Asimismo se solicita como mínimo radiografía de tórax, lateral de cervicales y antero-posterior de pelvis.

Se realiza inmunización antitetánica.

1.- Cabeza y cara.

Inspección de la cabeza buscando lesiones. Palpar el cráneo y la cara buscando fracturas y hundimientos. Buscar otorragia uni o bilateral, hematoma en anteojos o mastoideo ("signo de Battle") así como signos de fractura de la base del cráneo.

2.- Cuello.

Su exploración da mucha información en el enfermo traumático.

La tráquea debe estar en la línea media. Si está desviada se debe sospechar neumotórax a tensión.

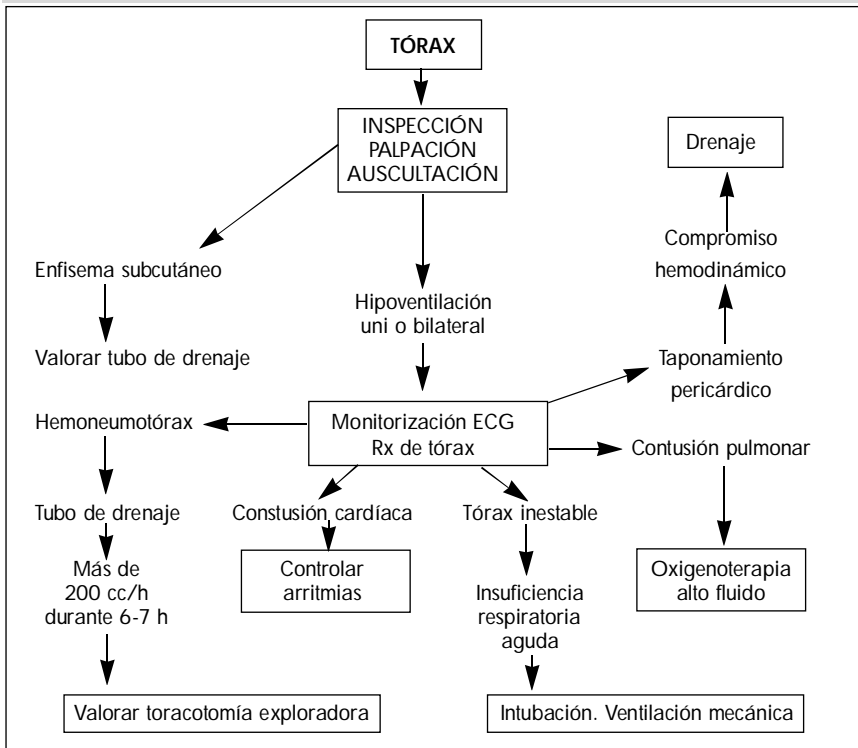
Las venas del cuello no se suelen ver por la hipovolemia. Si se visualizan es obligado descartar neumotórax a tensión y taponamiento pericárdico, por ese orden. Se debe palpar el cuello buscando enfisema subcutáneo, pulso carotídeo normal y en la nuca zonas de crepitación y/o dolor.

3.- Tórax.

Inspección y palpación para valorar movimientos torácicos y presencia de enfisema subcutáneo.

Auscultación cuidadosa de ambos hemitórax y corazón.

Cuadro 5.2: Tórax

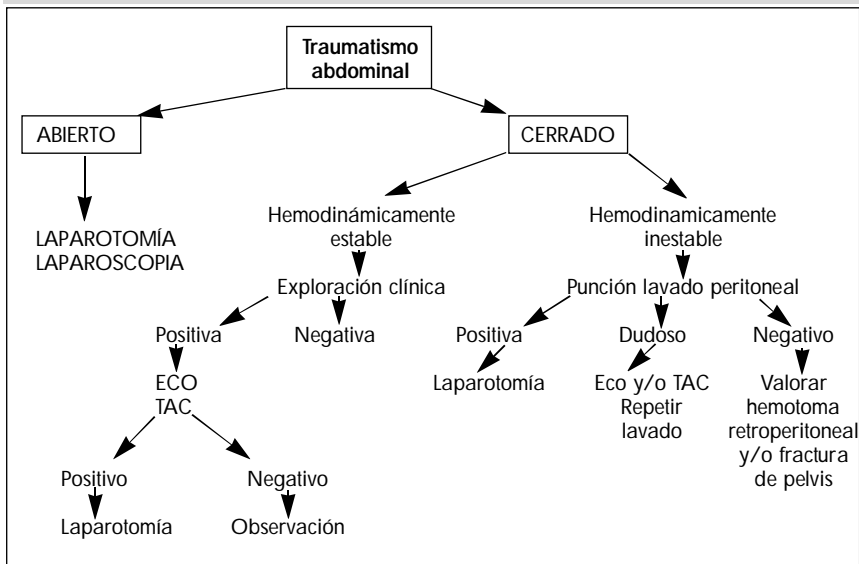




4.- Trauma abdominal.

La palpación cuidadosa y la presencia de distensión abdominal son claves para el diagnóstico del traumatismo abdominal cerrado.

Cuadro 5.3: Abdomen



5.- Extremidades y espalda.

Inspección buscando heridas, deformidades, fracturas. Fundamental palpar pulsos. Se procederá a inmovilizar las fracturas y curar las heridas. La espalda es la gran olvidada del politraumatizado. Se debe, con control cervical, colocar al paciente en decúbito lateral, movilizándolo en bloque, buscando zonas de crepitación y dolor en ambos hemitórax y columna dorso-lumbar.

La presencia de sangre en la ropa interior o en el meato urinario contraindica en principio el sondaje vesical, debiendo consultar a un Urólogo para su valoración.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Cachecho R, Clas D, Gersin K, Grindlinger GA. Evolution in the management of the complex liver injury at a level I trauma center. *J Trauma* 1998; 45: 79-82.
- ▲ Fuss MA, Pasquale MD. Clinical management protocols: the bedside answer to clinical practice guidelines. *J Trauma Nurs* 1998; 5: 4-11; quiz 27-28.
- ▲ Blow O, Bassam D, Butler K, Cephas GA, Brady W, Young JS. Speed and efficiency in the resuscitation of blunt trauma patients with multiple injuries: the advantage of diagnostic peritoneal lavage over abdominal computerized tomography. *J Trauma* 1998; 44: 287-90.