



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

## TRATAMIENTO DEL POLITRAUMATIZADO

Dr. Arturo Salas V.

Se ha definido el concepto de POLITRAUMATIZADO diciendo que es aquel paciente que ha recibido traumatismos en varias regiones del cuerpo y que, a consecuencias de ellos, presenta lesión importante de más de un sistema. Un enfermo que presenta fracturas de varios huesos, cae dentro del concepto de POLIFRACTURADO cuyas lesiones se limitan sólo al sistema óseo. El politraumatizado, además de sus fracturas, presenta un traumatismo encéfalo craneano, un traumatismo tóraco-abdominal o un compromiso urológico. Es por ello que en el politraumatizado es frecuente encontrar signos de asfixia, shock o coma.

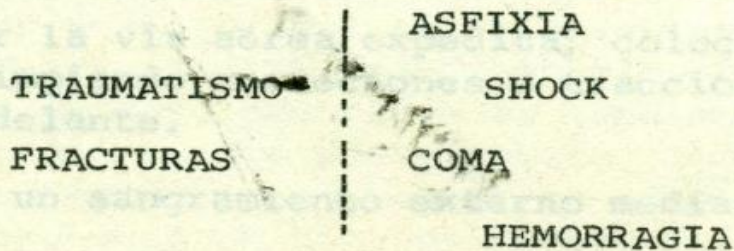
Estas definiciones, adoptadas en forma oficial en el XLII Congreso Chileno de Cirugía, tienen importancia práctica considerable, y señalan que la extrema gravedad y urgencia con que puede presentarse el cuadro clínico del politraumatizado están dadas, no tanto por sus lesiones óseas, sino más bien por la asociación de las lesiones de los otros sistemas.

Lo que se ha dicho en el párrafo anterior no pretende restar importancia a la lesión ósea, ya que es bien sabido que algunas fracturas, aunque no presenten sangramiento externo, pueden provocar una hipovolemia de cierta consideración, como es el caso de la fractura de la pelvis. Sin embargo, si nos encontramos frente a un fracturado en estado de shock, sería peligroso atribuir este shock exclusivamente a sus fracturas. Una conducta más prudente en dicho caso sería investigar la presencia de una lesión concomitante -una contusión abdominal complicada, por ejemplo- para explicar la presencia del shock y poder atacar su causa verdadera.

Es bien sabido que el politraumatizado es la consecuencia de un accidente violento, que puede consistir en un atropello, un choque en vehículos motorizados o de otro tipo, o en caídas desde altura. En pacientes que presentan accidentes de este tipo y que generalmente han sufrido diversas fracturas, lo más importante es investigar si existe compromiso circulatorio ( shock ) respiratorio o encefálico y proceder a corregirlo. Constituye un error de graves repercusiones el proceder, por ejemplo, a inmovilizar minuciosamente con yesos las fracturas o a radiografiar las extremidades lesionadas, perdiendo con ello un tiempo precioso que pudo haberse dedicado a colocar un catéter endovenoso en un enfermo con hipovolemia, o a una intubación endotraqueal en un enfermo con sus vías respiratorias obstruidas.

#### CUADRO CLINICO.

Podemos resumir el cuadro clínico del politraumatizado diciendo que es un enfermo con el antecedente de un traumatismo violento, a consecuencias del cual presenta fracturas, a las cuales se agregan uno o varios de los síntomas siguientes: Asfixia, Shock, Coma, Hemorragia.



Son enfermos de cualquier edad, que han sido víctimas de accidentes violentos, y que pueden presentar lesiones de órganos vitales que los pueden conducir a un desequilibrio brusco, con grave peligro de muerte. Muchas veces presentan compromiso de conciencia, que puede deberse a traumatismo encéfalo craneano, anoxia cerebral o a los efectos del alcohol.

El SHOCK está dado principalmente por la hipovolemia consecutiva a las pérdidas importantes de sangre y líquidos intersticiales en las diferentes regiones y órganos dañados. Además, pueden presentar dificultad respiratoria o

signos de ASFIXIA por acumulación de secreciones orofaríngeas o traqueobronquiales, dolor torácico, tórax volante, compresión del parénquima pulmonar por acumulación de sangre o aire en la cavidad pleural o desviación del mediastino.

### TRATAMIENTO.

Comprende tres etapas fundamentales que son:

a) la reanimación, b) la valoración de las lesiones y, c) tratamiento específico de las lesiones.

#### a) Reanimación. -

La reanimación debe comenzar en el sitio del accidente y durante el transporte del enfermo en la ambulancia. Los primeros auxilios deben ser proporcionados por los practicantes y choferes de ambulancia que concurren al lugar del accidente. Es de fundamental importancia, por lo tanto, que este personal conozca las medidas que deben tomarse en esta etapa, y es responsabilidad del médico instruirlo adecuadamente. Algunas de las medidas que deben tomarse durante el traslado son las siguientes:

- Mantener la vía aérea expedita, colocando al enfermo de lado, limpiando secreciones o traccionando la mandíbula hacia adelante.
- Cohibir un sangramiento externo mediante compresión y vendajes.
- Movilizar al enfermo en forma cuidadosa, evitando los movimientos de flexión o de rotación del tronco con el fin de evitar una lesión de la médula espinal, en los casos de fractura de columna.
- Administración de oxígeno y analgésicos.

Sería ideal que la ambulancia estuviera equipada con cánulas de Mayo, tubo endotraqueal, laringoscopio, y que el personal estuviera entrenado en técnicas de respiración artificial y técnica de masaje cardíaco externo. Con esto podría evitarse, por ejemplo, que el enfermo se

agrave en forma irreversible en el trayecto debido a la obstrucción de su árbol bronquial con sangre o vómitos.

En el hospital, en circunstancias ideales, es tos enfermos debieran ingresar en una sala de emergencia que cuente con todos los medios necesarios para practicar un tratamiento de reanimación inmediato, bajo la dirección de un cirujano con experiencia en problemas de urgencia, y que trabaje en equipo con un conjunto de especialistas como traumatólogos, neurocirujanos, etc. Como estas circunstancias ideales no se dan sino en escasísimos centros de nuestro país, es importante que el cirujano o médico general, en cualquier lugar que se encuentre, adquiera los conocimientos y el entrenamiento básicos que le permitan enfocar en forma adecuada el manejo de estos enfermos. Deberá estar en condiciones de diagnosticar las lesiones múltiples y poder decidir cuál de ellas debe tener prioridad en su tratamiento.

El tratamiento de reanimación en el hospital debe contemplar los puntos siguientes :

- Asegurar la función respiratoria, manteniendo libre la vía aérea mediante la aspiración de secreciones, la intubación endotraqueal o la traqueostomía. Otra medida que puede ser de primera prioridad es descomprimir un neumotórax a tensión, lo que puede hacerse con la simple colocación de una aguja intrapleurales en el segundo o tercer espacio intercostal un poco por fuera del reborde esternal.
- Asegurar la función cardiocirculatoria. Esto se refiere principalmente a la prevención y tratamiento del shock, mediante la instalación inmediata de un catéter endovenoso que permita la infusión de sangre, plasma o substitutos.
- Tratar los sangreamientos externos importantes.

Después de haber iniciado todas estas medidas de reanimación, se continuará administrando líquidos y sangre a una velocidad que puede graduarse de acuerdo a índices como la presión arterial, presión venosa y diuresis horaria.

b) Valoración de las lesiones.-

Una vez que las medidas de reanimación están en marcha y el estado del enfermo tiende a estabilizarse, se procede a completar el examen físico y a valorar las diversas lesiones que presenta. Un esquema del examen, en forma topográfica, podría ser el siguiente:

- Investigación somera del estado de conciencia y signos neurológicos derivados del traumatismo encéfalo craneano, estableciendo si hay contusión cerebral o hematoma extra o subdural ( examen de las pupilas, motilidad, sensibilidad, reflejos, Babinski ).
- Examen de la columna cervical buscando signos de fractura ( dolor, rigidez, tetraparesia ).
- Examen del tórax, buscando signos de fracturas costales, tórax volante, hemotorax, neumotórax.
- Examen de la columna dorsal y lumbar, buscando signos de fractura ( dolor localizado, xifosis dolorosa, paraplejia ).
- Examen del abdomen buscando signos de contusión complicada ( dolor, resistencia muscular, persistencia del shock a pesar de una rápida transfusión ).
- Examen de la pelvis buscando signos de fractura ( dolor a la compresión de las crestas ilíacas y del pubis ) o su asociación con lesiones de las vías urinarias ( hematuria, uretrorragia, dificultad o imposibilidad para pasar la sonda uretral ).
- Examen de las extremidades, buscando fracturas, lesiones que, por lo general, son las más evidentes y las primeras en diagnosticarse. No hay ninguna necesidad, en este momento, de tomar radiografías óseas, en especial si para ello es necesario movilizar al enfermo o descuidar otros aspectos más urgentes del tratamiento.

c) Tratamiento específico de las lesiones.-

En el XLII Congreso Chileno de Cirugía, se enunció un esquema de prioridades en el tratamiento de las lesiones del politraumatizado, tratando de determinar cuáles son las intervenciones más urgentes y cuáles pueden esperar, decisión que generalmente no es fácil. Este orden de prioridades es el siguiente :

1. Tratamiento de las lesiones que pueden producir asfixia, como el neumotórax a tensión, tórax volante grave o lesiones traqueobronquiales.
2. Tratamiento de las lesiones que produzcan hemorragia interna. Como vimos, las hemorragias externas deben cohibirse en la etapa de reanimación. Las internas pueden esperar algo más, pero deben ser abordadas en cuanto las condiciones generales del enfermo lo permitan. El hematoma peridural también debe ser tratado a la brevedad posible. La presencia de coma producida por un T.E.C. no prohíbe necesariamente una intervención quirúrgica abdominal o de otra región.
3. Tratamiento de las rupturas de vísceras hueca, isquemia de las extremidades y algunas lesiones urológicas.
4. Tratamiento de las heridas, atriciones, fracturas expuestas.
5. Tratamiento de las fracturas cerradas mediante yesos, tracciones, etc.

Este orden de prioridades es teórico y puede ser cambiado de acuerdo a la gravedad de las lesiones y al criterio del cirujano.