



Atención inicial al paciente politraumatizado.



Emergencias

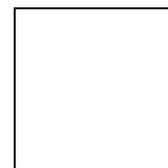
José Ramón Aguilar

061 Málaga. España

<http://fly.to/emergencias>

<http://www.emergencias.es.org>

<http://www.emergencias.es.vg>



Emergencias

José Ramón Aguilar

061 Málaga. España

<http://fly.to/emergencias>
<http://www.emergencias.es.org>
<http://www.emergencias.es.vg>

Atención inicial al paciente politraumatizado.

Atención inicial al paciente politraumatizado.

R. Palacín García-Valiño, P. Pinós Laborda, A. Garrido Calvo, M.J. Moreno Mirallas*, I. Gil Romea

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza (España)

* Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza (España)

Introducción. Objetivos.

Cada vez es más frecuente en nuestro medio que el médico tenga que enfrentarse en su quehacer diario ante patología traumática, ya sea de forma urgente, o bien diferida atendiendo a pacientes que ya fueron dados de alta tras el traumatismo pero cuya recuperación no es totalmente satisfactoria.

Es importante resaltar que las muertes debidas a traumatismo ocupan en nuestro medio el cuarto lugar en cuanto a causa de muerte, tras las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la patología respiratoria. Es igualmente importante resaltar que dicha patología acontece sobre todo en pacientes por lo general jóvenes, en plena actividad laboral o de ocio, así como en niños pequeños. Esto conlleva un importante impacto tanto social como económico. También consideramos importante indicar que por cada paciente fallecido víctima de un traumatismo, existen no menos de quinientos pacientes con traumatismo, sea éste de mayor o de menor cuantía. Sobre las estancias hospitalarias, la patología traumática ocupa del 10-15% de diagnósticos en varones y del 5-8% en mujeres.

Las principales causas de pacientes traumatizados en nuestro medio lo constituyen los accidentes de circulación, laborales, deportivos, domésticos, agresiones y malos tratos, así como intentos autolíticos.

El enfoque del enfermo traumatizado implica un modelo de asistencia integral del mismo, comenzando éste desde el mismo momento del traumatismo hasta la fase de rehabilitación, y aún después, en el caso de que existan secuelas. Importantísimo parece el hecho, según diversas publicaciones, de que no menos de un 25% de pacientes fallecidos por traumatismo murieron a consecuencia de una inadecuada atención, siendo la mayoría de estas muertes evitables consecuencia de un error producido en la fase Prehospitalaria de la atención al paciente.

Nuestro Objetivo parece claro: adecuar el tratamiento del paciente que ha sufrido un politraumatismo desde el mismo momento en que se produce éste, desde el mismo momento en que estamos "cara a cara" con el enfermo, logrando o intentando la estabilización de las funciones vitales del paciente hasta que éste llegue al centro de referencia donde será sometido a las pruebas diagnósticas y tratamiento definitivos.

Valoración general

Debemos saber que la mortalidad ante un politraumatizado tiene tres picos: Un primer pico ante lesiones de grandes vasos (con sangrado masivo) u órganos vitales, que acontece en pocos minutos. Un segundo pico, que ocurre en horas, ocasionado por lesiones intracraneales, pulmonares, fracturas de huesos largos, hemo neumotórax o sangrados de importante cuantía. El tercer pico se observa en días o semanas, debido sobre todo a septicemia o fracaso multiorgánico. A nivel extrahospitalario, es probablemente el segundo pico el que tiene mayor importancia.

La pauta de actuación inicial ante un paciente politraumatizado será en un primer momento, atender las necesidades básicas del "ABC" de cualquier paciente grave, es decir:

- "A": Mantener vía aérea permeable. (A: Airway, vía aérea).
- "B": Mantener correcta ventilación-oxigenación. (B: Breathing, ventilación).
- "C": Mantener buen control hemodinámico: tratar el shock y controlar puntos externos de sangrado profuso. (C: Circulation, circulación).

En esta primera valoración-terapéutica inicial, común a cualquier paciente grave sea cual sea la etiología de esa gravedad, en un paciente politraumatizado hay que añadir la estabilización y

control de la columna vertebral, sobre todo cervical. El mal control cervical es causa de agravamiento de lesiones medulares, pudiendo producirse por una mala praxis la irreversibilidad de una lesión potencialmente recuperable y, en casos extremos, incluso la muerte.

Tras dicho reconocimiento primario, pasaremos a una valoración quizás mal llamada "secundaria". Es tan importante como la anterior y, si bien la valoración inicial tiene prioridad absoluta, el pasar por alto o no darle la importancia que se merece a la valoración secundaria, puede ser causa de agravamiento claro e inexcusable de un paciente politraumatizado. En caso de encontrarnos ante un paciente cuyo "ABC" parece garantizado, habrá que hacer todavía más hincapié en esta valoración, para minimizar en lo posible el daño y/o las secuelas que pueden resultar de valorar con demasiada ligereza al paciente en su integridad. Insistimos en que la valoración inicial del "ABC" tiene prioridad total, pero igualmente insistimos en que si ésta parece garantizada, el bajar la guardia sin un control y valoración exhaustivo del enfermo conllevará retrasos en el diagnóstico y/o tratamiento que pueden resultar sumamente perjudiciales para nuestro paciente.

Un axioma absolutamente básico en la asistencia al paciente politraumatizado es la reevaluación continua del mismo. El interpretar a través de cualquier dato clínico, radiológico, analítico, etc., que nuestro paciente no tiene tal o cuál lesión, no presupone que dicha lesión no pueda aparecer en un segundo tiempo, quizás al cabo de pocos minutos. Es por ello por lo que la reevaluación ha de ser continua, sin esperar a que las lesiones "den la cara", pues en ese momento el tiempo perdido habrá sido precioso, y lo único que habremos conseguido será un peor pronóstico para el enfermo y, en el mejor de los casos, una recuperación y una convalecencia más prolongadas. En este sentido, la reevaluación de la regla de oro del "ABC" tiene especial valor, tanto ante la aparición de cualquier signo o síntoma como en ausencia de ellos.

Veremos a continuación punto por punto los pasos más importantes a seguir en las valoraciones tanto inicial como secundaria del paciente politraumatizado. Es evidente que nuestra actuación vendrá determinada, sobre todo, por el material humano y técnico del que dispongamos. No es lo mismo presenciar en la carretera desde nuestro vehículo un accidente de tráfico (donde nuestro material técnico es prácticamente nulo) a que nos traigan a un accidentado a nuestro puesto de trabajo, donde quizás dispongamos de ayuda humana, material para colocación de vías intravenosas, material de sutura y clampaje de vasos sangrantes, férulas para fracturas, medio de transporte adecuado a un centro de referencia, collarín cervical, etc. Por eso mismo, nuestros conocimientos, experiencia y sentido común, probablemente tan o más importantes que los medios técnicos, nos harán tomar en numerosas ocasiones la decisión acertada: cómo y cuándo utilizar los instrumentos a nuestra disposición, la urgencia absoluta o relativa para un traslado a un centro con más medios, el diagnóstico de sospecha de tal o cuál lesión y su potencial gravedad en un corto lapso de tiempo, etc. Veamos, pues, uno a uno, los pasos más importantes a seguir, así como la terapéutica inicial, ante un paciente politraumatizado. Siempre conscientes de que lo acertado de nuestra conducta es algo que día a día, y cada vez más en nuestro medio, salva vidas.

Valoración inicial o primaria

Comprende el "ABC" de la reanimación y, en el caso concreto del paciente politraumatizado, añade el adecuado control y estabilización de la columna vertebral y la exploración neurológica.

"A": Vía aérea. Tengamos en cuenta que una de las causas más frecuentes de muerte que podía haber sido evitada es el incorrecto manejo de la vía aérea.

Si nuestro paciente está con un nivel de conciencia bajo o en coma, si no es capaz de emitir palabras, el primer paso es comprobar si su vía aérea está obstruida. Lo primero a realizar será limpiar la boca de posibles cuerpos extraños. Si con esta sencilla maniobra terapéutica no resolvemos el problema, deberemos colocar un tubo de Guedel para impedir la obstrucción de la laringe por la lengua, y administrar oxígeno según la gravedad del paciente y los medios técnicos a nuestra disposición: mascarilla con efecto Venturi (Ventimask), ambú, etc. No obstante, si la situación clínica lo hace necesario (si el paciente no puede respirar por sí mismo con garantías), será

imprescindible la intubación oro-traqueal, lo que requiere un utillaje no disponible al alcance de todos. Si el paciente es incapaz de respirar espontáneamente y no disponemos del aparataje necesario para la intubación, habrá que ventilarlo con Ambú o, si no se dispone de él, con respiración boca-a-boca, hasta disponer de la ayuda necesaria. Siempre que administremos oxígeno con cualquiera de estas medidas a estos pacientes, debemos administrarlo a alto flujo, con objeto de lograr la mayor saturación de oxígeno a nivel tisular.

Atención: todas estas medidas (retirar cuerpos extraños de la boca, ventilación boca-aboca, introducción de tubo de Guedel, ventilación con Ambú, intubación oro-traqueal,...) deberemos realizarla siempre con un impecable control de la columna cervical, evitando extensiones y flexiones de la misma para no producir o agravar una posible lesión a este nivel.

"B": Correcta ventilación-oxigenación. Una vez controlada la vía aérea, debemos asegurar un adecuado nivel de intercambio gaseoso a nivel alvéolo-capilar. Para ello es imprescindible, como hemos comentado antes, asegurar la administración de oxígeno a alto flujo. Pero aún hay algo más importante: debemos valorar aquí, por inspección y auscultación, la simetría y correcta ventilación con los movimientos respiratorios de ambos hemitórax. Datos que nos sugieran la presencia de un neumotórax a tensión (enfisema subcutáneo progresivo, abolición del murmullo bilateral ipsilateral, timpanismo ipsilateral a la percusión, desviación traqueal contralateral, ingurgitación yugular ipsilateral y, en general, insuficiencia respiratoria grave que no se explica por otras causas) nos obligan al drenaje inmediato de ese hemitórax. Si no se dispone de material para colocar un tubo de drenaje torácico, o si la situación clínica es angustiosa, se puede disminuir parcialmente la tensión del neumotórax insertando un abocath, es sencillo: en segundo espacio intercostal, línea medioclavicular, se inserta el abocath siguiendo el borde superior de la costilla, retirando la parte metálica una vez insertado, notaremos el aire saliendo a presión. Es ineludible hacer despistaje urgente de neumotórax a tensión, cuadro que compromete de manera dramática la vida del paciente. Y si se sospecha, es inexcusable drenarlo, bien de manera definitiva (tubo de tórax) o provisional (con abocath, uno o más si se requiere).

"C": Control circulatorio, hemodinámico. Es decir, tratar el shock, que salvo escasas situaciones, será un shock hipovolémico por sangrado, interno o externo.

Si existe una hemorragia externa grave, profusa, la primera medida será la compresión local, si se dispone de ello con material estéril (vendajes, gasas, compresas,...). Si se tiene material y se dispone de práctica, podemos intentar clampar el vaso sangrante si éste es visible (por ejemplo con unas pinzas tipo "mosquito"). No obstante, si la compresión local se efectúa con decisión y la presión se mantiene, suele ser suficiente hasta el traslado a un centro adecuado, aún cuando la hemorragia sea muy profusa.

Si hay shock y no hay hemorragia externa, y descartamos otras causas de shock, como un neumotórax a tensión, sospecharemos hemorragia interna. No es fácil en un primer momento valorar la cuantía de las pérdidas, si bien fijándonos en unos sencillos parámetros podemos intuir la gravedad: nos fijamos en pulso, tensión arterial, taquipnea, color de la piel, temperatura, relleno capilar, color de mucosas, nivel de conciencia, diuresis. A este respecto, señalar que es mucho más fiable el pulso que la tensión arterial, pues ésta, en numerosas ocasiones y por mecanismos compensadores, no comienza a descender hasta que las pérdidas de sangre son muy cuantiosas. Otros tipos de shock, menos frecuentes, en el paciente politraumatizado, son: shock cardiogénico (contusión cardíaca, taponamiento cardíaco), shock neurógeno (lesión medular cervical).

Conducta inicial a seguir: Ante un paciente politraumatizado en estado de shock hipovolémico, tras seguir los consabidos pasos del "ABC", procederemos a controlar puntos externos de

sangrado profuso, si los hubiese, mediante compresión o clampaje. Tras ello, y rápidamente, es imprescindible la consecución de dos accesos venosos periféricos. Los sitios preferibles son en venas antecubitales. Siempre hay que coger dos vías venosas en un paciente politraumatizado, y los catéteres de elección son gruesos y cortos, por ejemplo abocath nº 14 ó 16 (mejor del 14). Por ellos se pueden trasfundir gran cantidad de líquidos en poco tiempo. Dependiendo del grado de shock hemorrágico (hay numerosas clasificaciones basadas en numerosos parámetros) se perfunden distintos tipos de fluidos, y a diferente velocidad. El objetivo es conseguir una hemodinamia adecuada (diuresis aceptable, pulso y tensión arterial correcta, relleno capilar óptimo, etc.). Como norma, saber que las soluciones isotónicas de cristaloides (por ejemplo, Ringer lactato, suero fisiológico) son de elección. Se comienza administrando una dosis de carga de unos 1000-1500 cc en quince minutos si el shock es severo, y se observa la respuesta. Si se estabiliza el paciente, proseguimos infundiendo dichos cristaloides a menor velocidad. Si no hay respuesta o ésta es pobre, se sigue con la infusión de cristaloides y se añaden soluciones coloides. En caso de que ocurra esto, es casi seguro que el sangrado interno es severo y el paciente precisará transfusión de sangre y cirugía urgente. Es criterio de traslado urgente a un centro con banco de sangre y cirugía. Recordar siempre que en caso de mala o nula respuesta a la sobrecarga inicial de líquidos, habrá que despistar neumotórax a tensión y, también, taponamiento cardíaco.

La enérgica actuación ante un paciente politraumatizado en shock en las primeras fases tras el traumatismo es vital. Tiene mejor pronóstico un paciente bien perfundido de líquidos que necesita y lo más estabilizado posible que tarda por ello más en llegar a un hospital, que otro que llega antes pero en peor situación.

Aunque lo ideal es perfundir los requerimientos "justos", eso es poco menos que imposible de calcular con exactitud sin material técnico de primera magnitud. Por ello, salvo en casos seleccionados (cardiópatas severos,...) es mejor "pasarse" que "quedarse cortos", no tiene mucho sentido un paciente grave, en shock, al que se le coge una sola vía y se le perfunden cristaloides a escasa velocidad. Un paciente grave que hemos atendido, al que le hemos dejado permeable la vía aérea, lo estamos ventilando y oxigenando bien, hemos cortado hemorragias externas y le estamos perfundiendo líquidos en suficiente cuantía, probablemente sea un paciente que nos deberá su supervivencia.

Pero, si bien el reconocimiento inicial o primario puede identificarse con las consabidas siglas "ABC", que hemos comentado, no es menos cierto que, ante un paciente politraumatizado, casi simultáneamente, antes incluso de pasar a la valoración secundaria, hemos de atender a otros parámetros vitales en estos pacientes. Dichos parámetros son:

- Adecuado control cervical. Ya lo hemos dicho. En todo momento debemos evitar el producir o agravar una posible lesión cervical. Para ello, cualquier movilización del paciente deberá ser rigurosa en cuanto a este aspecto. Para cualquier maniobra evitaremos extensiones y flexiones del cuello. Ambas maniobras son peligrosas, aunque se lleva la palma de la peligrosidad la flexión del cuello. Si sospechamos traumatismo a nivel cervical, debemos movilizar al paciente sin dichas maniobras de flexo-extensión del cuello. Además, si disponemos de un collarín cervical, lo colocaremos, siempre en la maniobra de colocación sin movilizar el cuello del paciente. El mero hecho de traumatismo en cabeza o cuello, o de tratarse de accidente de circulación o traumatismo violento, haya o no clínica, es motivo suficiente para colocar collarín hasta que exámenes subsiguientes y/o pruebas complementarias demuestren lo contrario.
- Valoración rápida y somera del estado neurológico. Este primer examen debe ser rápido y grosero, haciéndose en pocos segundos. Aquí interesa valorar el nivel de conciencia, pupilas (simetría del tamaño y reacción a la luz), y conocer "al dedillo" la Escala de Coma de Glasgow. Si bien esta última puede variar de manera considerable hacia mejor o peor en pocos minutos, utilizarla en los primeros momentos tras un politraumatismo es de importancia pronóstica evidente. Es además un importante factor que nos condiciona el tratamiento a seguir hasta el traslado a un centro que cuente con el aparataje necesario para instaurar la terapéutica definitiva: un paciente con Traumatismo Craneoencefálico con un Glasgow menor de 7-8 precisará lo antes posible, si se dispone de material necesario, de intubación oro-traqueal. Es además de especial importancia el seguimiento cada pocos minutos de dicha escala, para así valorar si el estado neurológico del enfermo se mantiene, mejora o empeora. En general, un Glasgow de 8 a 15 precisa vía aérea permeable y buena ventilación-

oxigenación con mascarilla, y un Glasgow menor a 8 precisa intubación lo más inmediata posible.

- A la vez, es primordial desnudar al paciente de cara a poder inspeccionar lesiones que de otro modo pasarían desapercibidas, auscultar todos los campos pulmonares adecuadamente, mejor colocación de accesos venosos, etc. Por supuesto, siempre con correcto control del cuello.
- El colocar, si se dispone del instrumental, sondas nasogástrica y sonda vesical es opcional según gravedad de visu, tiempo disponible, datos clínicos, etc. Si el traumatismo es grave, el control exhaustivo de la diuresis es un dato de importancia fundamental, valoraremos asimismo color de la orina, posible hematuria, etc. En cuanto a la sonda nasogástrica, quizás su principal indicación sea evitar el vómito en pacientes con bajo nivel de conciencia, traumatismo craneoencefálico, abdominal,... estos vómitos pueden provocar en nuestros pacientes el riesgo de broncoaspiración, con el consiguiente riesgo de deterioro de la función respiratoria al principio, y de sobreinfección y sepsis posteriormente.

Estos últimos apartados tras el "ABC" deben ser, en principio, prioritarios sobre el reconocimiento secundario y pasadas a un segundo plano antes del "ABC". No obstante, la experiencia y el sentido común nos debe influir en estos casos de manera casi definitiva. No es de recibo, por ejemplo, no intentar estabilizar lo antes posible una fractura de un hueso largo sin pulsos palpables en dicha extremidad que objetivamos de visu, por colocar una sonda vesical (que precisa su tiempo) en un paciente que en nuestro examen inicial o primario no parece presentar un shock considerable.

Pasaremos ahora a comentar los datos clínicos y medidas de actuación más importantes en el reconocimiento secundario. Dicho reconocimiento implica un examen exhaustivo "desde la cabeza a los pies". En base a nuestros hallazgos, actuaremos en consecuencia tanto a nivel de diagnóstico de presunción como a nivel terapéutico. Igualmente estableceremos prioridades de traslado a centros especializados de referencia. Eso sí, cualquier cambio a nivel de vía aérea, ventilación-oxigenación o hemodinámica (es decir, del "ABC") observado mientras exploramos exhaustivamente al paciente, obliga sin dilación a dejar dicho reconocimiento y volver al primario inmediatamente. Es regla de oro que el reconocimiento primario y sus variaciones tienen prioridad "cero", absoluta, sobre todo lo demás. Volveremos al reconocimiento secundario una vez que hayamos subsanado en beneficio del paciente las variaciones del "ABC".

Veamos, pues, lo más relevante del reconocimiento secundario.

Reconocimiento secundario

Debemos valorar a cualquier paciente "desde la cabeza a los pies". Si bien las lesiones más importantes, que ponen en peligro la vida, son prioritarias, a menudo se pasan por alto lesiones no vitales, que no comprometen al paciente, pero cuyo retraso diagnóstico pueden producir secuelas no deseadas: cicatrices inestéticas, dolores crónicos intratables, deformidades óseas, infecciones de heridas, ser causa de transfusiones sanguíneas innecesarias, etc.

La manera de llevar a cabo este reconocimiento secundario varía según libros, artículos, "escuelas", individualidades, etc. Si ésta es completa y exhaustiva, es válida. Dejando a un lado el hecho de que ver una lesión evidente a la vista (por ejemplo una deformidad en un miembro, una herida profunda en cuero cabelludo, etc.) es un punto para empezar, vamos a seguir una sistemática en este reconocimiento, como hemos dicho al comenzar este punto, "desde la cabeza a los pies". Insistimos en el hecho de que la experiencia y el sentido común son importantes, y que si sospechamos una lesión que implique "saltarnos" una parte del cuerpo para volver a ella más adelante, casi con total seguridad estaremos acertando.

Cabeza y cara

Debemos valorar el cuero cabelludo, buscando hematomas o heridas superficiales o profundas (implican posible sangrado profuso que deberemos comprimir, e implican también diagnóstico de traumatismo craneal y/o craneoencefálico). Si la herida en cuero cabelludo es profunda, con el único

requisito de tener a nuestra disposición guantes estériles, debemos introducir el dedo buscando fractura craneal por palpación. Si la sospechamos, indicación de remitir al paciente a un centro que disponga de TAC y Neurocirugía. Si se secciona la arteria temporal superficial, el sangrado es muy profuso: taponamiento con gran presión y, mejor aún, clampaje de la misma y ligadura o punto por transfijión con material irreabsorbible grueso (por ejemplo, seda de nº 00 ó nº 0).

Heridas severas en cara, nariz, zona orbitaria, lengua, etc., implican traslado a centro con cirugía. Las lesiones leves en pabellón auricular suelen responder bien a la sutura simple, si comprometen al cartílago ¡ojo! Su mal tratamiento puede acabar en necrosis del cartílago. Valorar también la posibilidad de cuerpos extraños como cristales, astillas de madera,...a nivel intraocular: lavado con suero fisiológico, exploración básica oftalmológica y, si no queda claro que la lesión no reviste ninguna gravedad funcional, traslado a un centro que disponga de Oftalmólogo.

Cuello

Ya hemos comentado que, desde el primer momento, se requiere un adecuado control cervical. Cualquier politraumatizado con traumatismo craneal, facial, todo accidente de circulación, pacientes con bajo nivel de conciencia o coma, o clínica sugestiva (dolor cervical, parestesias hematomas a nivel cervical, deformidades cervicales), debe ser tratado como si tuviera una lesión cervical. Las pautas principales de tratamiento en estos casos son: Inmovilización correcta, la más importante. Para ello colocamos un collarín cervical. Son mucho mejores, inmovilizan más, los semirrígidos y rígidos que los blandos. Lo mantendremos mientras las pruebas complementarias y la clínica nos indiquen que podemos retirarlo. Con dicho collarín procederemos al traslado. En caso de no disponer de collarín, valoraremos al paciente evitando flexoextensiones del cuello, así como rotaciones del mismo. Recordar que el movimiento más peligroso de todos es la flexión. Al colocar el collarín, hacerlo sin movilizar el cuello con movimientos de rotación, extensión ni flexión.

Si por los datos mencionados anteriormente sospechamos lesión medular cervical, tras colocar el collarín, añadiremos la utilización de una tabla corta para el traslado al centro de referencia.

Aunque hemos puesto especial énfasis en las lesiones cervicales, evidentemente cualquier otra zona vertebral y medular puede afectarse en un politraumatizado. Las reglas de oro para la correcta valoración, inmovilización y traslado de un paciente con posible lesión ósea y/o neurológica de columna vertebral-médula espinal son: movilizar al paciente "en bloque" y utilización de una tabla larga para su transporte.

Por último, en casos de lesión medular patente por los datos exploratorios, habrá que administrar corticoides de manera inmediata.

En caso de disponer de radiología, habrá que solicitar radiografías de toda la columna vertebral, en dos proyecciones, recordando siempre la necesidad, difícil a veces, de una correcta inmovilización del paciente para obtenerlas. Y recordar que son lesiones inestables las lesiones de la parte posterior del cuerpo vertebral, pedículos, láminas y macizos articulares, siendo menos inestables las de la parte anterior del cuerpo vertebral y la de apófisis espinosas.

Tórax

En la valoración primaria, habremos empezado a actuar sobre esta parte del organismo, ya que hemos logrado una vía aérea permeable, una buena ventilación-oxigenación, y habremos descartado o tratado, al menos de manera provisional, un neumotórax a tensión. En el "ABC", pues, el tórax ha jugado ya una función fundamental.

En el reconocimiento secundario, hemos de atender a problemas torácicos menos dramáticos pero que, mal tratados, pueden llevar igualmente a secuelas gravísimas e, incluso, a la muerte.

Habremos de inspeccionar y palpar las parrillas costales y el esternón, y valorar de visu la simetría de los movimientos respiratorios. Buscaremos también la presencia o no de enfisema subcutáneo.

Volveremos a auscultar ambos hemitórax, así como los ruidos cardíacos. Recordar que una ausencia de murmullo vesicular en un hemitórax, la aparición de enfisema subcutáneo de predominio en un hemitórax, el timpanismo a la percusión y la desviación traqueal contralateral implican alta sospecha de neumotórax, y eso obliga a su drenaje, con un tubo de drenaje torácico o, si no se dispone de material o de tiempo, con un simple abocath. Recordar que un politraumatizado es un enfermo que evoluciona constantemente, y que dichos síntomas pueden aparecer en cualquier momento de nuestras sucesivas valoraciones del paciente.

En este momento valoraremos asimismo la presencia de posibles fracturas costales, palpando las parrillas costales. Su diagnóstico por simple palpación implica la analgesia inmediata, pues las fracturas costales producen por sí solas la hipoventilación para mitigar el dolor y, por tanto, la aparición de insuficiencia respiratoria aguda. No esperar en este caso que el paciente pida analgesia, dársela ya de entrada. Lo mismo sirve para una sospecha de fractura de esternón.

Si las lesiones torácicas o el grado de insuficiencia respiratoria obligan a ello, y si se dispone del material y pericia necesarios, puede ser necesario intubar al enfermo. Si se tuviera que llegar a ese extremo, volver a pensar en la posibilidad de un neumotórax, pues intubar a un paciente y someterlo a ventilación mecánica si tiene un neumotórax, puede producir un neumotórax a tensión con consecuencias gravísimas.

Si por la exploración o la clínica sospechamos que las lesiones torácicas son consecuencia de un sangrado intenso (shock hipovolémico), la terapéutica será la perfusión a gran velocidad de fluidos y, si la situación nos obliga a ello, también la intubación. Si no es precisa la intubación, administrar oxígeno por mascarilla a alto flujo.

Abdomen

De vital importancia por la frecuencia y potencial letalidad de las lesiones que pueden presentarse en un politraumatizado a dicho nivel.

La máxima prioridad estriba en saber lo más precozmente posible si el abdomen es o no quirúrgico.

Nos guiaremos por la inspección (distensión, hematomas en la pared, heridas por ejemplo de arma blanca o de fuego, etc.); palpación (zonas dolorosas, defensa y contractura muscular, signo de Blumberg, percusión timpánica o mate, etc.), auscultación del peristaltismo, y cómo no, por la aparición de shock de etiología no aclarada.

Las lesiones graves en abdomen suelen ser debidas a sangrados (shock hipovolémico) o rotura de vísceras huecas (dolor que va en aumento, signos de peritonitis y septicemia).

La conducta más adecuada a seguir es tratar el posible shock hipovolémico, que pone en peligro la vida incluso en pocos minutos, tratándolo de forma agresiva con la colocación de dos accesos venosos y perfusión a gran velocidad de fluidos (cristaloides o cristaloides más coloides). Recordar que un sangrado intraperitoneal grave tiene en un hospital de máximo nivel prioridad quirúrgica casi total sobre cualquier otro tipo de lesión, y la prioridad de tratar esa lesión sólo es superada por el "AB" del "ABC".

Para el diagnóstico de las lesiones en concreto hacen falta unos medios técnicos realmente importantes, si bien la sospecha puede ser evidente. Lo verdaderamente importante al principio es saber si el abdomen es o parece quirúrgico (necesidad de traslado a centro que disponga de cirugía) y el tratamiento precoz e intenso del shock hipovolémico que pueda haber.

Pelvis

La fractura de la pelvis puede producir shock hemorrágico muy cuantioso, que a veces pone en peligro la vida. Ante todo politraumatizado deberemos comprimir el anillo pélvico, apretando con cada mano en cada lado de la pelvis. Si el paciente refiere dolor con dicha maniobra, es sospecha de fractura pélvica. Traslado prioritario. Tratamiento: el del shock hipovolémico si se presenta, incluso adelantándonos a su presentación. Movilización adecuada. El sangrado en numerosas ocasiones es retroperitoneal, por lo que muchas veces los síntomas abdominales están ausentes.

Extremidades

De suma importancia por su frecuencia. Muchos politraumatizados mantienen un buen nivel de conciencia, un buen nivel de ventilación-oxigenación, la exploración tóraco-abdominal no nos ofrece mucha preocupación, el control cervical lo hemos hecho correctamente pero, sin embargo, tienen lesiones importantes a nivel de extremidades. Lo primero a realizar es un examen visual de las extremidades, con el paciente desnudo, para valorar acortamientos de una extremidad, posiciones anómalas, angulamientos, hematomas, coloración de la piel, sangrados externos, etc. La inspección, palpación y movilización de las extremidades nos ofrecerá, pues, datos relevantes. El objetivo es descubrir posibles fracturas, luxaciones, fracturas-luxaciones y compromiso vascular.

El tratamiento de las fracturas en una primera instancia supone la tracción en eje y posterior inmovilización en extensión. Es decir, procedemos a una tracción potente con el miembro en eje para conseguir alinear todas las estructuras. Y luego inmovilizamos el miembro en extensión, utilizando férulas, recordar que en la férula debe ir incluida la articulación proximal y distal al foco de fractura.

Pero es vital la comprobación del pulso antes de dichas maniobras. Es decir, antes de nada comprobaremos el pulso distal de dicha extremidad. Y también tras las maniobras de tracción e inmovilización. Si se diera el caso de que el pulso distal se pierde tras nuestras maniobras, debemos retirar la férula y comenzar el proceso desde el principio. Tratamiento, pues, inicial de una fractura: tracción, inmovilización en extensión y comprobación de pulso distal.

En cuanto a las fracturas-luxaciones, o luxaciones, el tratamiento es distinto radicalmente. Para comenzar, su diagnóstico es más difícil en el momento de

atender a un accidentado. Si la sospechamos, no debemos ni traccionar ni inmovilizar en extensión, podríamos producir o aumentar lesiones vasculo-nerviosas. El tratamiento es, en estos casos, la inmovilización (también con férulas) en la postura en que hemos encontrado dicho miembro. Nunca, pues, ante la sospecha de una luxación debemos traccionar en eje, ni inmovilizar en extensión el miembro. La sospecha de luxación o fractura-luxación es, además, prioritaria para un traslado a centro de referencia.

Es importante asimismo saber cuáles son las fracturas (o sospecha de fracturas) que implican prioridad absoluta para un traslado urgente a centro de referencia. Son las siguientes, pues unas comportan riesgo vital y otras riesgo funcional: fracturas abiertas, fractura bilateral de fémur, fractura de pelvis, fracturas con ausencia de pulso o sección arterial, amputaciones, luxaciones, fracturas articulares, fracturas con aplastamiento. Todas ellas son prioritarias por riesgo vital por shock hemorrágico en unos casos, riesgo vital por posibilidad de infección y sepsis en otros, y por riesgo funcional en otros.

Una medida complementaria al tratamiento descrito anteriormente es la analgesia, que no debe retrasarse, si bien ya sabemos que el mejor analgésico en estos casos es una buena inmovilización.

La asistencia inicial, antes de llegar a un centro de referencia, a un paciente politraumatizado puede llegar a ser muy compleja, mucho más de lo que hemos comentado. Aparte de la experiencia, nuestra actuación se ve influida sobremanera por los medios humanos y técnicos de que dispongamos. Además, un accidentado se nos puede presentar de muy diversas maneras: desde chocado y en coma hasta andando por su propio pie y tranquilamente, también dijimos la importancia de nuestro sentido común para valorar a estos pacientes. Pero independientemente de ello, hay, como hemos ido explicando, unas "reglas de oro" que bajo ningún concepto pueden ser pasadas por alto. Vamos a enumerarlas

"Reglas de oro" ante un paciente politraumatizado. Resumen.

- "A", vía aérea, retirar cuerpos extraños de la boca, no permitir que la lengua obstruya vía aérea superior si hay bajo nivel de conciencia. A veces es preciso colocar un tubo de Guedel, respiración boca-a-boca o intubación según material disponible.
- "B", correcta ventilación-oxigenación, administrar oxígeno a alto flujo y descartar o tratar neumotórax a tensión.
- "C", circulación, hemodinámica, tratamiento precoz, intenso y sostenido del shock. Dos vías venosas gruesas, perfusión enérgica de fluidos, compresión de puntos de sangrado profuso.
- Adecuado control y movilización de columna, sobre todo a nivel del cuello, collarín cervical, movilización del paciente en bloque.
- Examen neurológico rápido y somero, escala de Glasgow, pupilas.
- Paciente desnudo. Colocar sondas si es preciso.
- Revalorar casi continuamente lo anterior, prioridad absoluta sobre todo lo demás.
- Auscultación torácica y palpación abdominal cada poco tiempo, así como repetición cada poco tiempo del Glasgow. La hemorragia interna o externa, el compromiso respiratorio y las lesiones graves intracraneales es lo que mata casi siempre a estos enfermos.
- Buscar fractura de pelvis, que puede desangrar a un paciente y da poca sintomatología.
- Correcto tratamiento inicial de fracturas de huesos largos: tracción en eje más inmovilización en extensión. Palpación antes y después de ello de pulsos arteriales distales.
- Correcto tratamiento de la luxación, inmovilización en la postura encontrada.
- Recordar los tipos de lesiones óseas prioritarias para traslado a centro de referencia.

- Reevaluar cada poco tiempo, sobre todo el reconocimiento primario.
- "No por mucho madrugar amanece más temprano". Es decir, mejor retrasar unos minutos el traslado pero hacerlo en mejores condiciones. Tan solo obviar en pro de un traslado prioritario lesiones menores que no ponen en peligro la vida ni el funcionalismo del organismo.
- Los pacientes politraumatizados precisan atención y vigilancia médica en todo momento, traslado bajo atención y cuidados medicalizados.
- El dolor es causa de importantes problemas, no obviar la analgesia siempre que se precise.
- Otras medidas ¡muchas! Según los medios técnicos y humanos de que dispongamos.
- El tratamiento del paciente politraumatizado es integral, desde que se producen las lesiones hasta la recuperación completa del paciente. Experiencia, sentido común, lógica.