

✓  
X✓  
MED.  
tesis  
D 418 m  
1988

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**QUINTO AÑO**

# **MANEJO DEL POLITRAUMATIZADO**

## **TRAUMATOLOGÍA**

Docente: Dr. Ricardo Zabala Canedo

Alumnos: Edgar Ortíz de Orué Cernades  
Tatiana Verónica Orellana Osinaga  
Marco Oquendo Altamirano  
Vilma Oros Camargo  
Nimer Ortuño Gutiérrez  
Boris Xavier Ortuño Numbela

**Cochabamba, Septiembre de 1988.**

# **EVALUACION Y TRATAMIENTO INICIALES**

## **EVALUACION PRIMARIA.**

Comprende lo siguiente:

1. A - Manejo de la vía aérea con control de la columna cervical
2. B - Respiración y ventilación
3. C - Circulación con control de la hemorragia
4. D - Déficit neurológico
5. E - Exposición: Desvestir completamente al paciente

### **1. VIA AEREA Y COLUMNA CERVICAL**

Para mantener la vía aérea permeable se realiza:

- Hiperextensión de la cabeza: levantando la mandíbula hacia arriba y adelante
- Remoción de material y cuerpos extraños

El cuidado debe ser máximo con la columna cervical, considerándola lesionada hasta que se demuestre lo contrario.

### **2. RESPIRACION.**

Se debe exponer el tórax ya que la vía aérea permeable, no asegura una ventilación correcta. Por lo tanto el apoyo ventilatorio es necesario hasta estabilizar al paciente usando un aparato de bolsa y válvula conectado a una máscara o tubo endotraqueal. Se debe evaluar la presencia de neumotórax a tensión, neumotórax abierto y tórax inestable con contusión pulmonar.

### **3. CIRCULACION.**

#### **a. Volumen sanguíneo y gasto cardíaco.**

Una causa predominante de mortalidad en el politraumatizado es la hemorragia, por lo que una hipotensión debe considerarse debida a hipovolemia hasta que se demuestre lo contrario; para evaluar esta posible situación se recurre a evaluar:

1. Estado de Conciencia. Si la pérdida sanguínea es igual a la mitad o más del volumen total ocurre la pérdida de conocimiento.

**2. Color de piel.** Una tez gris, ceniza, palidez de la piel en extremidades son signos de hipovolemia, que indican que la pérdida de volumen es por lo menos de un 30%.

**3. Pulso.** La presencia de pulsos femorales o carotídeos indica acción cardíaca coordinada con un 50% de volumen sanguíneo residual. Un pulso débil y rápido es signo de hipovolemia, o bien puede obedecer a otras causas. Un pulso irregular indica lesión cardíaca. La ausencia de pulsos centrales en más de un sitio, sin lesión local indica implante de medidas de resucitación, para lograr un gasto cardíaco eficiente.

#### **b) Hemorragia.**

Si la hemorragia es externa se controla con presión directa sobre la herida. Las férulas neumáticas también pueden ayudar en el control de la hemorragia. El uso de pinzas hemostáticas lleva mucho tiempo y puede ser peligroso.

Generalmente no se deben usar torniquetes por el peligro de producir metabolismo anaerobio e incrementar la pérdida sanguínea.

La hemorragia abdominal o en las extremidades inferiores puede ser controlada o disminuída con los pantalones neumáticos antishock.

#### **4. EVALUACION NEUROLOGICA BREVE. (DEFICIT NEUROLOGICO)**

Se lo realiza estableciendo el nivel de conciencia y el tamaño y reacción pupilar del paciente:

A - Alerta

V - Responde a estímulos verbales

D - Responde a estímulos dolorosos

Y - Inconciente

#### **5. EXPOSICION.**

El paciente debe ser desvestido totalmente para facilitar un examen completo y adecuado.

### **RESUCITACION.**

1. Todo paciente traumatizado requiere oxígeno suplementario con máscaras que tengan aparato de reserva de oxígeno.

2. Se deben insertar al menos dos catéteres intravenosos de calibre grueso, obtener muestras de sangre, pruebas cruzadas y estudios hematológicos y químicos basales. Debe administrarse una solución electrolítica balanceada.
3. Para ver el resultado de la resucitación se debe cuantificar los parámetros fisiológicos de frecuencia respiratoria, pulso, presión arterial, gases arteriales, gasto urinario, etc.
4. Se requiere un monitoreo electrocardiográfico (ECG) en todo paciente politraumatizado, ya que las arritmias, taquicardia, fibrilación auricular, contracciones ventriculares prematuras, y los cambios en el segmento ST, pueden indicar contusión cardíaca. La disociación electromecánica puede indicar taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión y/o hipovolemia severa. Si existe bradicardia, conducción aberrante y contracciones prematuras se sospecha de hipoxia e hipoperfusión, y/o hipotermia.
5. Se debe colocar sondas nasogástricas y urinarias, contraindicadas en ruptura de la lámina cribiforme, y ruptura uretral, respectivamente. Si en la uretrografía existe sangre en meato urinario, o en escroto y/o próstata no palpable esta contraindicado el sondaje uretral. En casos de trauma cerrado de cabeza, con otorragia, epistaxis o sangre no coagulada saliendo de la boca, se debe realizar la prueba del halo o del anillo doble antes de la inserción de sonda nasogástrica.

## **EVALUACION SECUNDARIA.**

### **1. CABEZA.**

En los ojos evaluar el tamaño pupilar, fondo de ojo par ver hemorragias, luxación del cristalino, etc. Se debe buscar lentes de contacto y removerlos antes de que se produzca edema ocular. Así mismo se debe examinar rápidamente la agudeza visual.

### **2. TRAUMATISMO MAXILO FACIAL.**

Cuando este traumatismo no es asociado a obstrucción de la vía aérea se trata luego de estabilizar al paciente. Los pacientes con fracturas mediofaciales pueden tener fractura de la lámina cribiforme, en ellos se debe colocar sonda orogástrica o una cánula nasofaríngea.

### **3. COLUMNA CERVICAL/CUELLO.**

Se sospecha de fractura de columna cervical en todo paciente con traumatismo maxilofacial cerrado. Si el paciente tiene un casco deportivo se le debe mantener con la cabeza y el cuello neutros mientras se les retira el casco.

#### **4. TORAX.**

La evaluación torácica anterior y posterior es necesaria tanto en inspección como en palpación. La presión del esternón da dolor en caso de costillas fracturadas. Las contusiones y hematomas indican generalmente lesiones ocultas. La evaluación de lesiones internas se realiza con estetoscopio y radiografías, Ruidos cardíacos apagados, venas del cuello dilatadas indican taponamiento cardíaco. Cuando no se auscultan ruidos respiratorios indica neumotórax a tensión.

#### **5. ABDOMEN.**

La observación minuciosa y la reevaluación frecuente del abdomen es importante para el manejo del trauma abdominal cerrado. La sospecha de hemorragia intra-abdominal asociada a shock, se usan los pantalones neumáticos antishock. Los pacientes con lesiones neurológicas, sensorio alterado por alcohol o drogas son candidatos para el lavado peritoneal.

#### **6. RECTO.**

El tacto rectal es esencial en la evaluación secundaria. Se debe buscar sangre en el lumen intestinal, la próstata en posición alta, fracturas pélvicas, integridad de paredes rectales y evaluar la calidad del tono esfinteriano.

#### **7. FRACTURAS.**

Se debe buscar deformación, palpar los huesos por presión rotacional, buscando dolor, crepitación o movimiento anormal. La presión anteroposterior con las palmas de las manos en las espinas ilíacas anterosuperiores y en la sínfisis del pubis ayudan a identificar fracturas pélvicas.

#### **8. EVALUACION NEUROLOGICA.**

Incluye evaluación sensitiva y motora de extremidades, reevaluación de la conciencia y pupilas. La evaluación numérica como la Escala de Coma de Glasgow facilita la detección de cambios tempranos. Ante la evidencia de parálisis o paresia con posible lesión de la columna o el sistema nervioso periférico, se debe inmovilizar al paciente en forma total usando tablas vertebrales cortas o largas y un collar semirrígido.

#### **REEVALUACION DEL PACIENTE.**