

POLITRAUMATIZADO - PRIORIDADES DE TRATAMIENTO.

Dr SERGIO OLMEDO D. COMANDANTE
ESCUADRILLA (S) JEFE DE MEDICINA
AEROESPACIAL HOSPITAL FACH.

La evaluación y tratamiento oportuno de las alteraciones ventilatorias y hemodinámicas asociadas a las grandes lesiones del politraumatizado, son fundamentales en el manejo exitoso de estos pacientes.

Sin embargo, es preciso tener un concepto claro acerca de la prioridad que las diversas lesiones presentan para su tratamiento específico, dándole mayor relieve e importancia a aquellas que comprometen directamente la vida del sujeto (hemorragias profundas, insuficiencia respiratoria), pero sin descuidar lesiones que, sin ser de estricta urgencia, son también tributarias de un tratamiento oportuno y eficaz, que, de omitirse, pueden causar complicaciones fatales en plazos variables o bien dejar secuelas o invalideces irreparables.

Las etapas urgentes y primordiales en el manejo de un paciente politraumatizado incluyen las siguientes medidas de reanimación, que deben realizarse en el periodo de evolución inicial.

MEDIDAS DE REANIMACION:

Control de Sangramientos Visibles: Se obtiene mediante compresión directa y luego adecuada hemostasia o sutura quirúrgica. Esta medida se refiere a los sangramientos externos importantes provocados por vasos superficiales (arteria femoral, carótida, humeral). La hemorragia demuestra su carácter arterial por el color rojo, rutilante de la sangre y la aparición de anemia aguda y shock hipovolémico.

Aseguran la Vía Aérea permeable: La aspiración de secreciones, sangre o restos alimentarios de las cavidades oronasales, es de vital importancia para la adecuada ventilación y prevención de complicaciones infecciosas pulmonares. Todo estado de inconsciencia involucra la inmediata intubación orotraqueal. Si hay grandes lesiones de cara o de cuello con hemorragia que obstruyera la vía aérea y el nivel de conciencia no permite la intubación, debe practicarse traqueostomía y aspiración, sin vacilaciones. La administración de oxígeno, formalmente indica en el paciente politraumatizado, en el cual la hipoxia por catéter nasal o en las cánulas de intubación o traqueostomía. La entrega de un flujo de 6 a 8 litros por minuto dará una concentración de oxígeno del 30 al 40% en el aire inspirado.

Uso de Ventilación Asistida en caso de insuficiencia respiratoria: En caso de insuficiencia ventilatoria, la presencia de la cántula oro-

traqueal o traqueostomía nos permite iniciar de inmediato la ventilación artificial manual por medio de una bolsa de Ambú, pasando posteriormente a ventilación mecánica por medio de un respirador de presión positiva. Es importante, como se verá más adelante, pesquisar aire en la cavidad pleural al practicar ventilación mecánica, ya que podemos precipitar o agravar un neumotórax a tensión.

Iniciar reposición de Volemia: El tratamiento del shock hipovolémico debe ser iniciado de inmediato, con el aporte de soluciones electrolíticas y sangre total.

Cateterización: Deberá procederse a la cateterización del enfermo, medida esencial para poder iniciar el tratamiento en forma adecuada.

A).— Catéter venoso: Elegimos una o dos venas de calibre y de fácil acceso, especialmente mediana basilica, safena interna en el cayado o yugular externa. Desde estas tres venas es posible avanzar sin dificultad un catéter hasta el tórax. El teter debe permitir:

A—1.— Medir P.V.C.

A—2.— Entregar volúmenes considerables de sangre y líquidos con cierta rapidez. Por estos motivos estamos usando el equipo plástico de transfusiones directamente colocados en la vena, lo que nos provee un catéter de aproximadamente 4 mm. de diámetro, que difícilmente se obstruye y que cumple con ciencia los requerimientos indicados.

A—3.— Toma de muestras hematológicas para exámenes de laboratorio.

B).— Sonda vesical: Tipo Foley, colocado con las mayores medidas de asepsia, con el objeto de:

B—1.— Medir diuresis horaria.

B—2.— Detección precoz de sangramientos en la vía urinaria.

B—3.— Determinación de permeabilidad e indemnidad de la uretra.

B—4.— Tomar muestras para examen de orina.

B—5.— Efectuar uretrosistografía ante sospecha de ruptura de vejiga.

C).— Sonda nasogástrica. Su colocación y extracción del contenido gástrico reduce grandemente la posibilidad de su aspiración a la vía respiratoria. En ocasión el estómago se encuentra repleto de alimentos recientemente ingeridos, por lo que mantenemos la precaución de contar con un buen equipo de aspiración durante la maniobra de instalación de sonda nasogástrica.

En los casos en que está indicada la intubación orotraqueal, preferimos efectuarla pri-