

EL TRAUMA DE TORAX Y ABDOMEN EN EL PACIENTE VICTIMA
DE UN DESASTRE

PREMISAS:

Es indispensable definir el número y tipo de lesiones que presenta el paciente.

El pretratamiento y el triaje influenciarán el resultado inicial. Se requiere un transporte rápido, respuesta inmediata y un sistema de estabilización.

A. PASOS EN EL MANEJO PREHOSPITALARIO

1. Evaluación inicial.

Defina prioridades de acuerdo a ventilación adecuada, oxigenación, permeabilidad de vías aéreas, evaluación circulatoria.

2. Establezca resucitación cardiopulmonar.

3. Tenga en cuenta situaciones que agravarían la situación específica del tórax o abdomen.

4. Defina el triaje, evalúe para ello grado de compromiso, necesidad de atención inmediata.

5. Evalúe y resuelva para asegurar una respiración adecuada, la calidad de movimientos respiratorios, obstrucción de vías aéreas, desviación de la traquea, retracción intercostal, naturaleza de ruidos respiratorios, ruidos cardíacos, torax flácido, hemo o neumotorax, obstrucción de vías aéreas.

6. Manejo inicial para el shock, medidas locales, reemplazo inicial de líquidos.

7. Reconozca el déficit neurológico.

B. EL TRANSPORTE

Debe tenerse presente el manejo de la situación urgente, no retardar el transporte, el medio de transporte estará acorde con la distancia del centro hospitalario, severidad, accesibilidad, grado de congestión. Durante el transporte debe darse un mantenimiento adecuado y reconocer las situaciones que pueden comprometer la vida.

C. HASTA ACA USTED DEBE HABER RESUELTO:

- Manejo de vías aéreas
- Control de hemorragia
- Inmovilización
- Establecimiento de líneas venosas
- Drenajes del tórax según hallazgos.

D. MANEJOS ESPECIFICOS

1. El tórax: en caso de heridas soplantes ocluya con gasas, defina si hay un tórax inestable, oxigene por máscara o tubo, coloque un tubo de toracotomía según hemo o neumotórax.
2. En el abdomen cubra las heridas abiertas.
3. Notifique la conducta inicial ordenada, siga un protocolo preestablecido de manejo.
4. Recuerde ! Muchas muertes pueden ser prevenidas con un transporte rápido, y una atención inicial eficaz!.
5. Hay lesiones que si no se detectan precozmente pueden ser letales : neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, hemotórax masico, sangrado interno masivo.
6. Si a pesar del masaje cardíaco efectivo no hay pulso femoral o la presión venosa central está elevada sospeche un taponamiento cardíaco y realice una pericardiocentesis; si no se presenta el pulso y las venas del cuello no se distienden sospeche hipovolemia y administre líquidos.

E. MANEJO HOSPITALARIO

1. Defina el mecanismo de lesión, agente causal, tiempo transcurrido, pérdidas sanguíneas ocultas.
2. Cuando el paciente no se recupera y no hay evidencia de una causa de sangrado, la cirugía puede constituirse en una medida de resucitación.
3. En el tórax evalúe las diferentes formas de trauma y resuelva de acuerdo a si el paciente presenta un neumotórax abierto, obstrucción aérea, tórax inestable, neumotórax a tensión, hemotórax masivo y taponamiento cardíaco.
 - Descarte ruptura de aorta, diafragma, esófago o árbol bronquial, o miocardio.
 - De acuerdo a las circunstancias, la placa de tórax puede ser muy útil.
 - Defina las indicaciones para la toracotomía inmediata.
4. En el abdomen utilice, en caso de duda sobre manejo, el medio diagnóstico más indicado y en esta secuencia: punción abdominal, lavado peritoneal, tomografía, laparoscopia.
 - El manejo del abdomen parte de la necesidad de controlar la hemorragia, y detener la contaminación bacteriana.
 - Es necesario un examen repetido y frecuente,
 - Defina el momento oportuno para la cirugía.

CONCLUSION

Los errores en el manejo y las muertes consecuentes se deben a:

- Mala definición del triaje y admisión .
- Diagnóstico tardío .
- Tratamiento retardado.

BIBLIOGRAFIA

1. BICKELL, W. y otros. "Effect of antishock trousers on the trauma score: a prospective analysis in the urban setting." *Ann. Emerg. Med.* 14: 218-22, March, 1985.
2. BRISMAR, B. BERGENWALD, L. "The terrorist bomb explosion in Bologna, Italy, 1980: An analysis of the effects and injuries sustained". *J. Trauma* 22:216, 1982.
3. BUERK, C.A., "The MGM. Grand Hotel fire. Lessons learned from a mayor disaster". *Arch. Surg.* 117: 641, 1982.
4. COPASS, M. y otros. "Prehospital cardiopulmonary resuscitation of the critically injured patient. " *Amer. J. Surg.* 148: 20-26, July, 1984.
5. DOVE, D.B. y otros. "A metropolitan airport disaster plan: Coordination of a multihospital response to provide on site resuscitation and stabilization before evacuation". *J. Trauma* 22: 550, 1982.
6. EISEMAN, B. "Casualty care planning". *J. Trauma* 19:848, 1979.
7. FISHER, R.P. y JELENSE, S, PERRY, J.F. "Direct transfer to operating room improves care of trauma patients: a simple, economically feasible plan for large hospitals". *JAMA.* 240: 1731, October, 1978.
8. HARNAR, T.J. "Role of emergency thoracotomy in the resuscitation of moribund trauma victims". *Amer. J. Surg.* 142: 96, 1981.
9. JACOBS, L.M, RAMP, J. M., BREAY, J. M. "Emergency medical system approach to disaster planning". *J. Trauma* 19: 157 March, 1979.
10. JURKOVICH G, Moore y E, MEDINA G. "Autotransfusion in trauma: A pragmatic analysis". *Amer. J. Surg.* 148: 782-85, December, 1984.

Bibliografía

11. MACLILLAN, B. y otros. "Analysis of peritoneal lavage parameters in blunt abdominal trauma". J. Trauma 25: 393-99, May, 1985.
12. MC SWAIN, N.E. y RODRIGUEZ, C. "Disaster medical care: Mardi Gras". J. Trauma 22: 235, 1982.
13. MC SWAIN, N.E. "Pneumatic trousers and the management of shock". J. Trauma. 17: 719, 1977.
14. MOORE, E.E. "Post-injury thoracotomy in the emergency department: a critical evaluation. Surgery: 86: 590, 1979.
15. WEISS, D.B. "Organization of hospital medical care of mass casualties in place time disasters". Inter. Surg 67: 400, 1982.