

Clínica Quirúrgica

Tema 8.1. El enfermo politraumatizado



Fernando Luis Hernánz de la Fuente
Eduardo Miñambres García

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

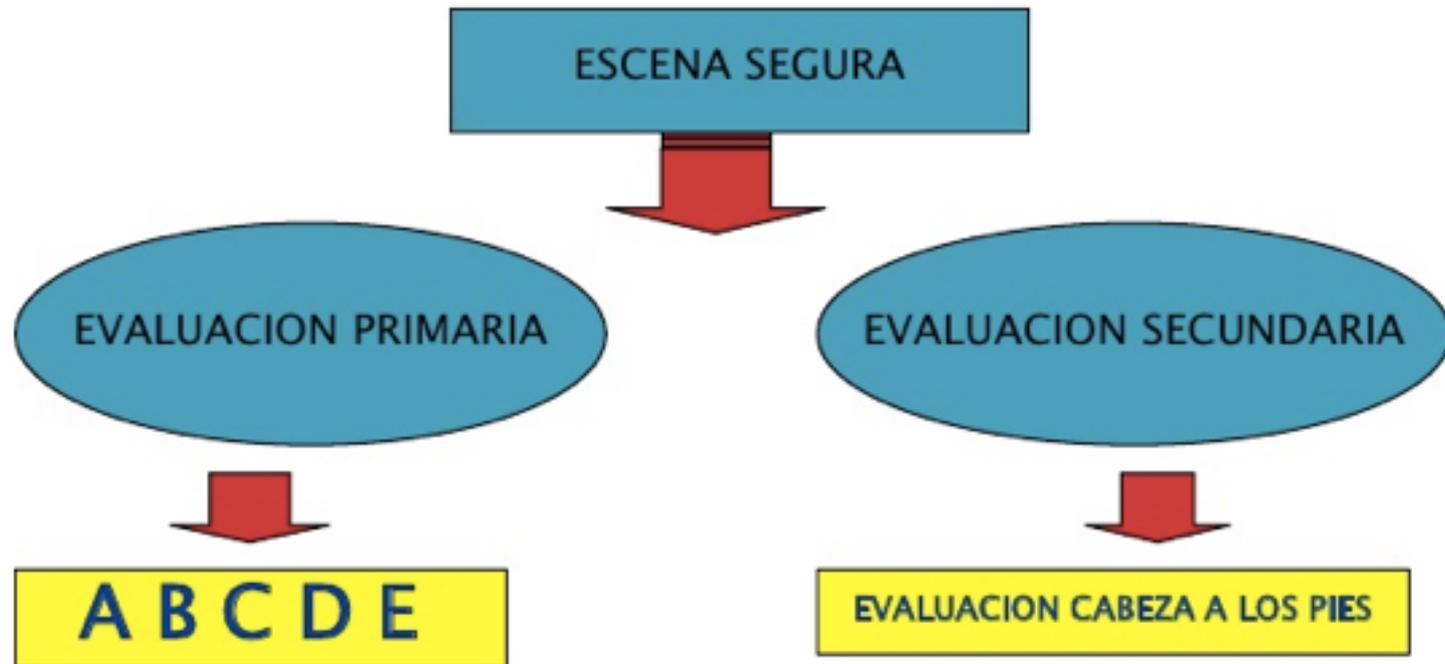
[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



Objetivos

- Conocer la importancia de la enfermedad traumática grave como un problema de salud pública.
- Protocolizar y priorizar la actuación ante un traumatizado mediante la valoración y el tratamiento de la urgencia vital (reconocimiento primario).
- Conocer las lesiones rápidamente fatales que deben tratarse en los primeros minutos tras un traumatismo.
- Actuar correctamente en el reconocimiento secundario, donde se diagnosticarán el resto de lesiones y tratamiento definitivo.

Protocolo de actuación en un enfermo traumático



Protocolo de actuación en un enfermo traumático

1. **Reconocimiento inicial o primario** (valoración y tratamiento de la urgencia vital):
 - a) Asegurar vía aérea permeable y control cervical con collarín.
 - b) Asegurar correcta ventilación/oxigenación.
 - c) Asegurar control hemodinámico: tratamiento del shock y control hemorragia externa.
 - d) Exploración neurológica rápida (ECG y pupilas).
 - e) Desnudar completamente al paciente.

2. **Monitorización de las constantes vitales.**

3. **Reconocimiento secundario:**
 - a) Inspección, palpación y auscultación desde la cabeza a los pies.
 - b) Exploraciones complementarias. Tratamiento definitivo y consulta especialistas.

4. **Reevaluación periódica.**

Epidemiología



- 3ª causa de muerte en Occidente.
- 1ª en menores de 45 años.
- 36 años por fallecido (12 ACV y 16 cáncer).
- 2–2,5% PIB.

Reconocimiento Primario

- Procedimiento secuencial de evaluación de las funciones vitales.
- La ejecución correcta de la secuencia exige el cumplimiento ordenado de las acciones sin abordar un nuevo nivel hasta asegurar el control de los previos.



Vía Aérea con protección de la columna cervical



Respiración / Ventilación / oxigenación



Circulación: ¡ Detener el sangrado!

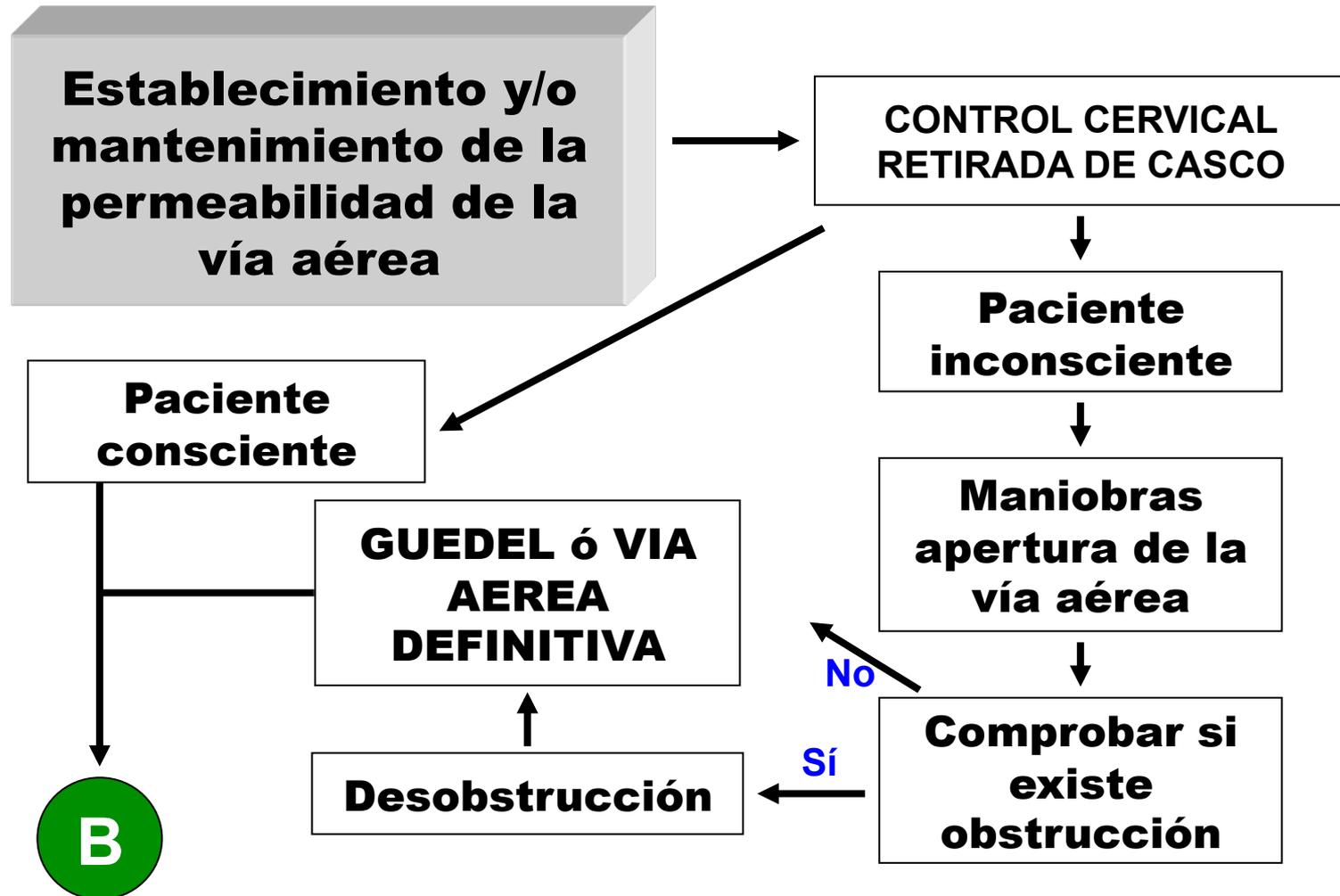


Déficit neurológico



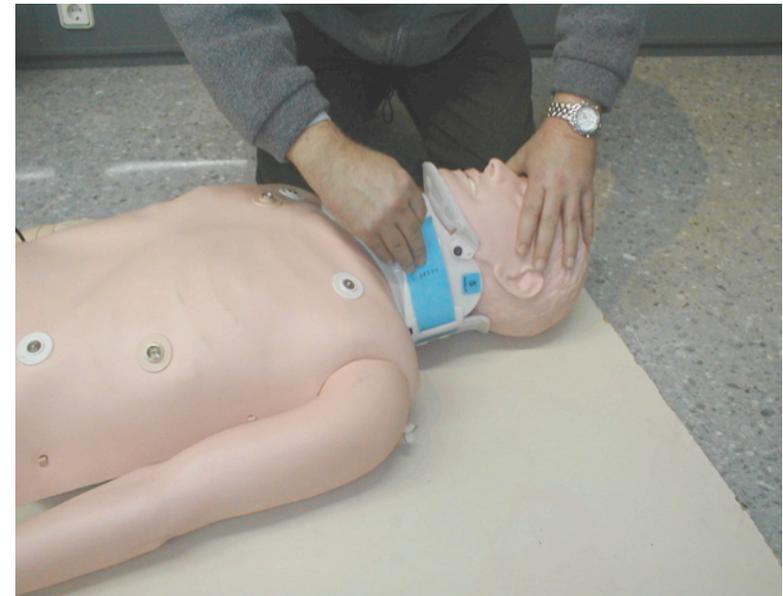
Exposición / medio ambiente / temp. corporal

Vía aérea



Control cervical

- **Cualquier manipulación de la región cefálica** en un paciente traumatizado debe realizarse con un **estricto control de los desplazamientos cervicales**, evitando movimientos de flexión y lateralización mediante **sujeción manual o la aplicación de collarines**.



Causas de obstrucción de la vía aérea

- Bajo nivel de conciencia.
- Obstrucción cuerpo extraño (o hemorragia).
- Trauma maxilofacial grave.
- Quemadura por inhalación.

Cánula de Guedel



Ventilación (breathing)

**Asegurar correcta
ventilación y oxigenación**

Ventimask al 50%
ó Ventilación Invasiva.

Inspección.
Palpación.
Percusión.
Auscultación.

Descartar y tratar:

- Neumotorax a tensión.
- Neumotorax abierto.
- Tórax inestable.

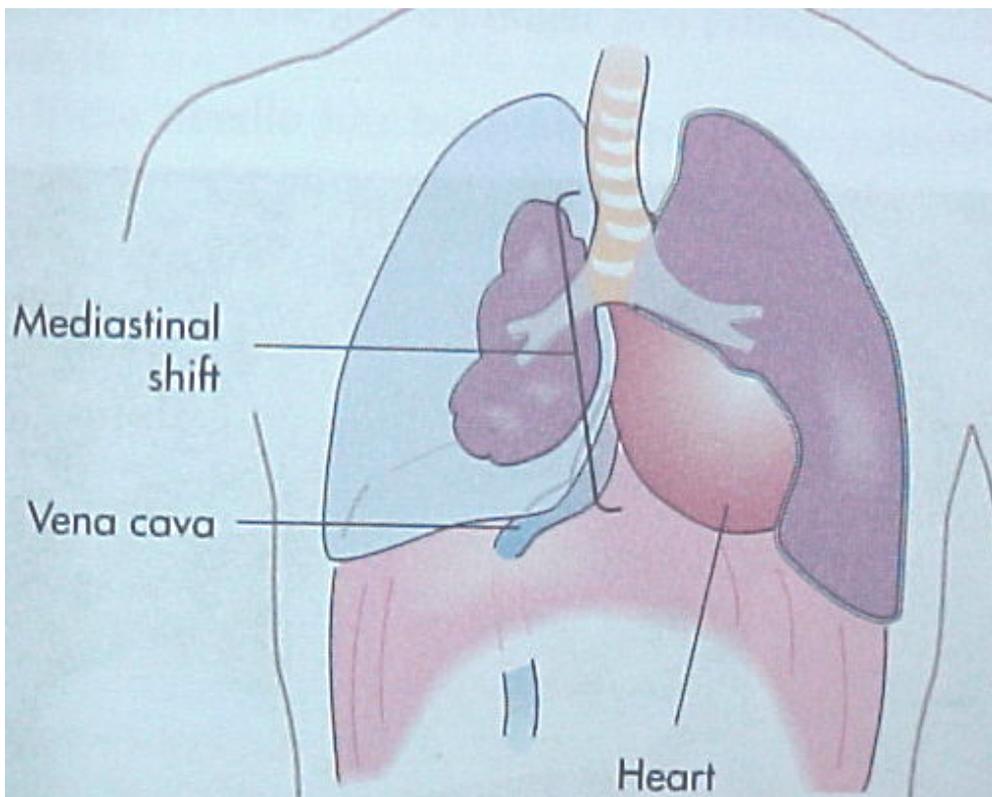


Intubación orotraqueal

- Valorar el uso de MASCARILLAS LARINGEAS (para ventilar y/o intubar).

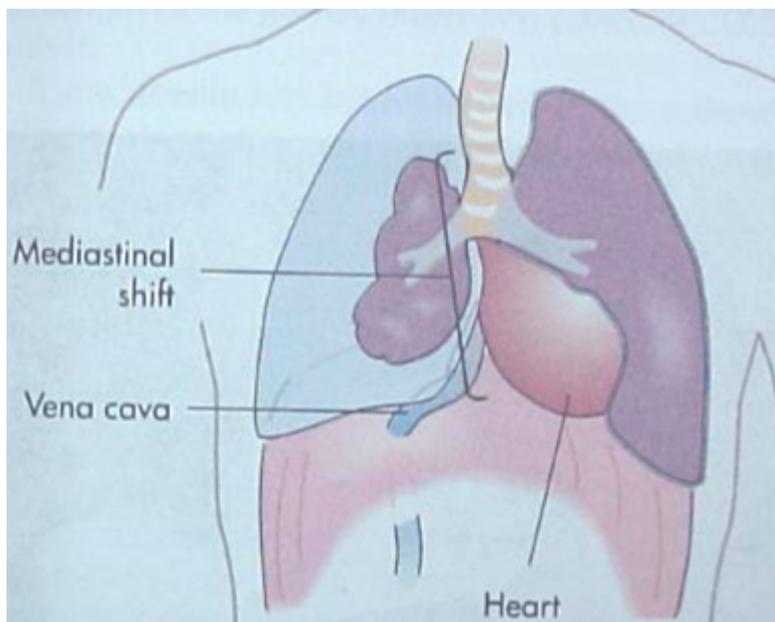


Neumotórax a tensión

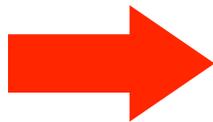


- Se crea una entrada de aire unidireccional hacia el espacio pleural.
- El pulmón afectado se colapsa, produce torsión de la cava inferior con pérdida del retorno venoso.

Neumotórax a tensión



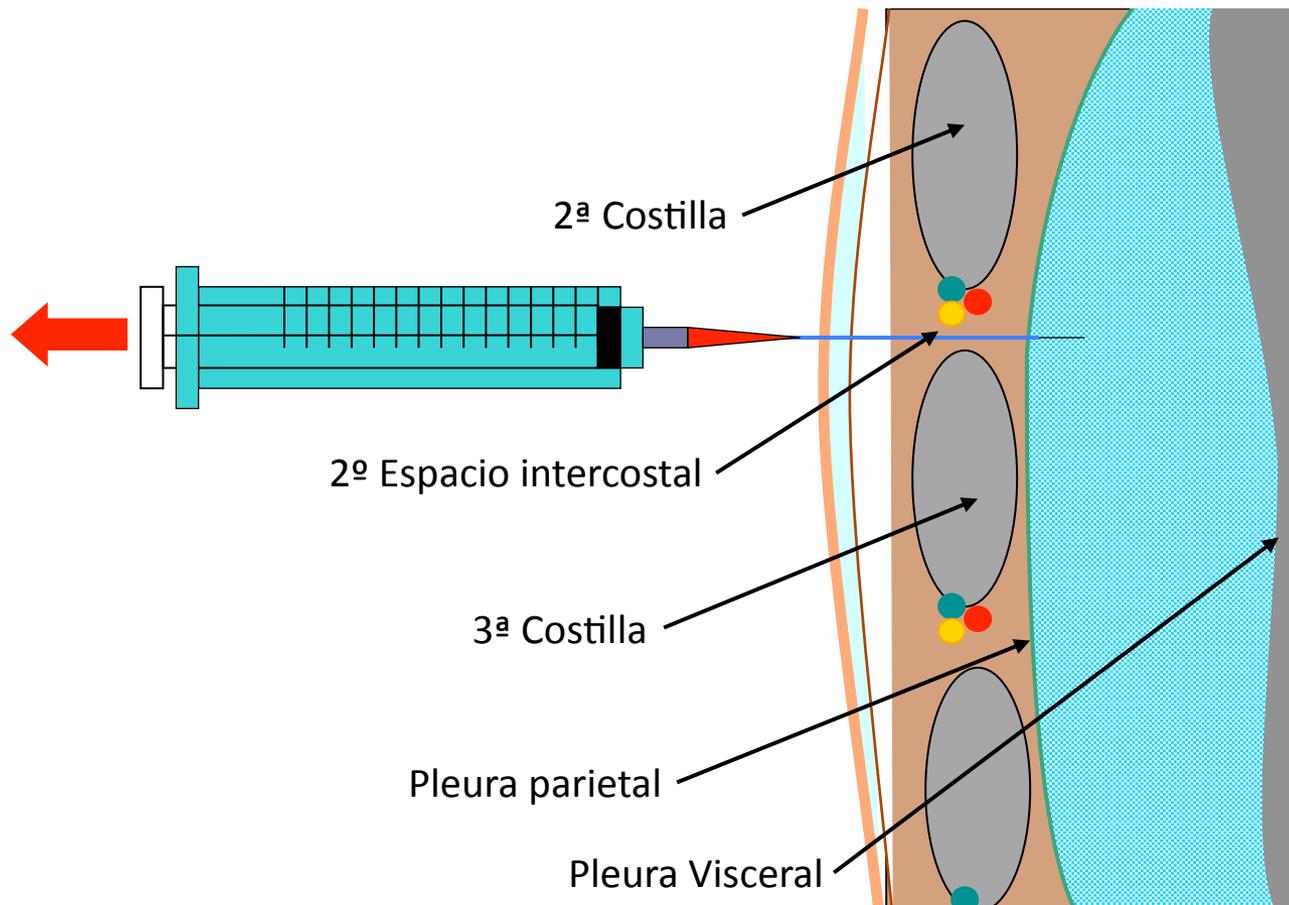
- Disnea, taquipnea, taquicardia.
- Ansiedad.
- Sonidos respiratorios disminuidos o ausentes.
- Enfisema subcutáneo.
- Hiperresonancia en el lado afectado.
- Hipotensión.
- Venas yugulares distendidas.
- Desviación traqueal.



1. Asegurar la Vía aérea.
2. Dar altos flujos de oxígeno.
3. Descompresión torácica.

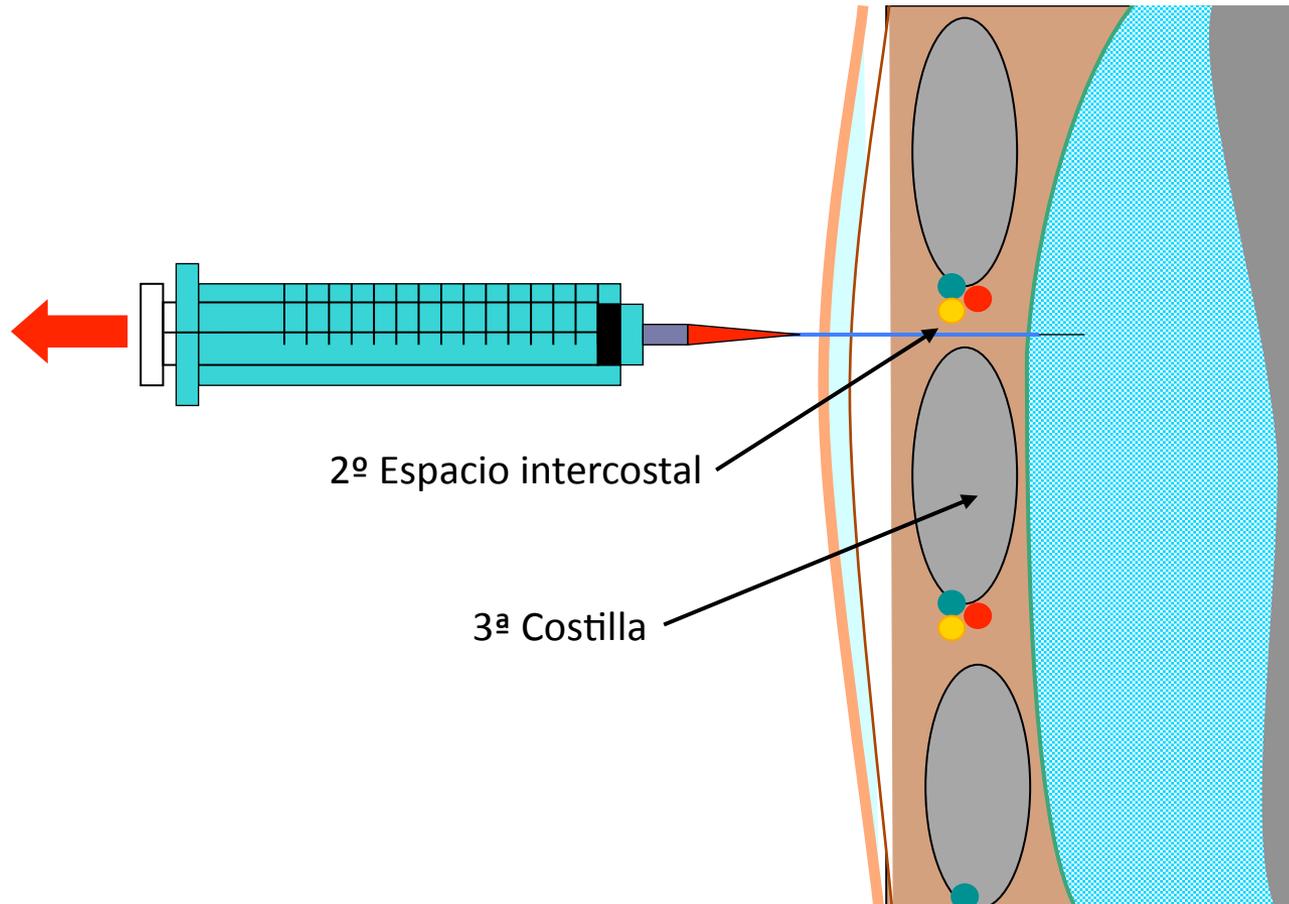
Neumotórax a tensión

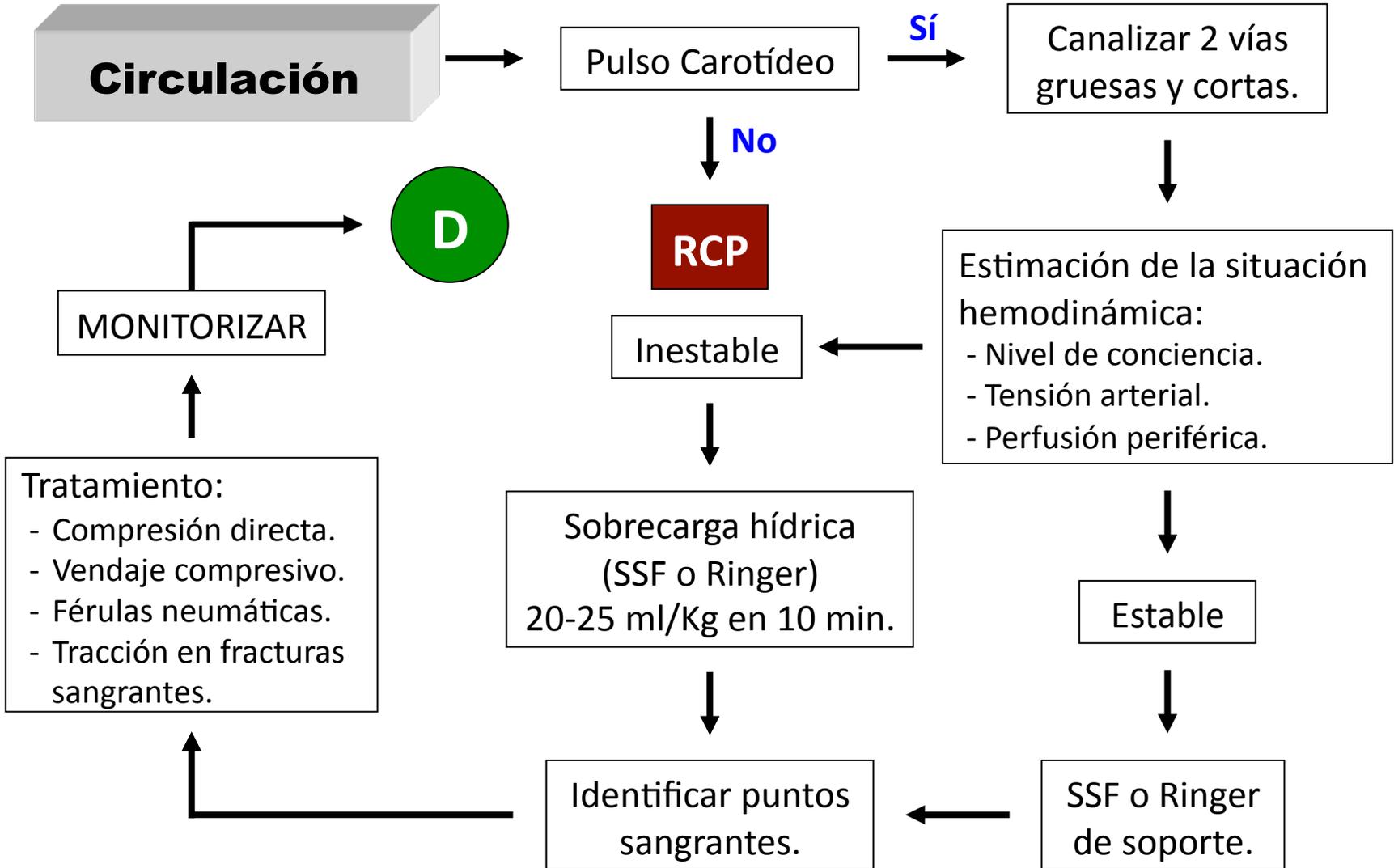
Descompresión Torácica



Neumotórax a tensión

Descompresión Torácica





Evaluación Circulatoria

Mediante el análisis de algunos signos clínicos:

- Color y características cutáneas.
- Exploración de los pulsos.
- Estado de las venas del cuello.
- Relleno capilar.

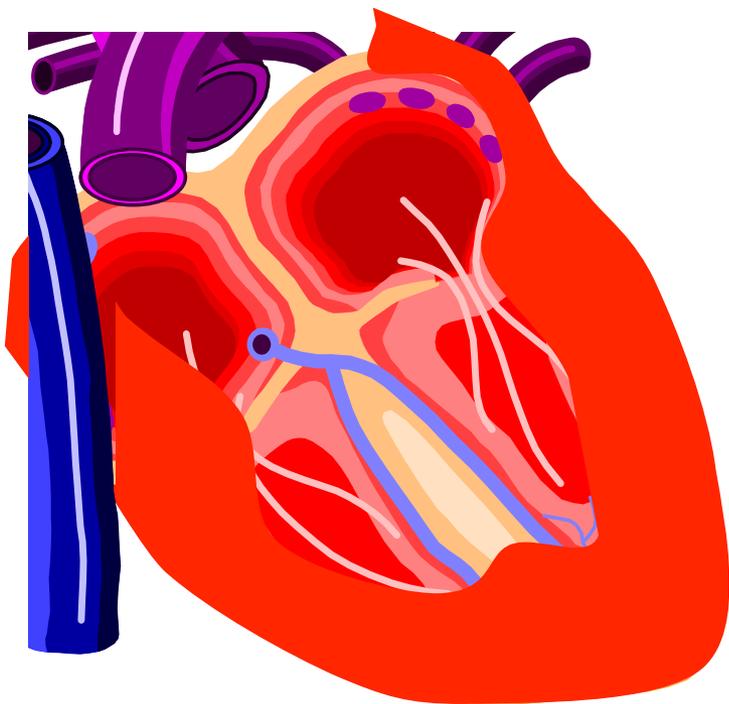


Vías Venosas

- La cateterización venosa puede practicarse en cualquier fase de la atención al traumatismo, pero no debe prolongar la fase prehospitalaria.
- **Vías venosas periféricas:**
 - Con cánulas cortas y de grueso calibre (14 G).



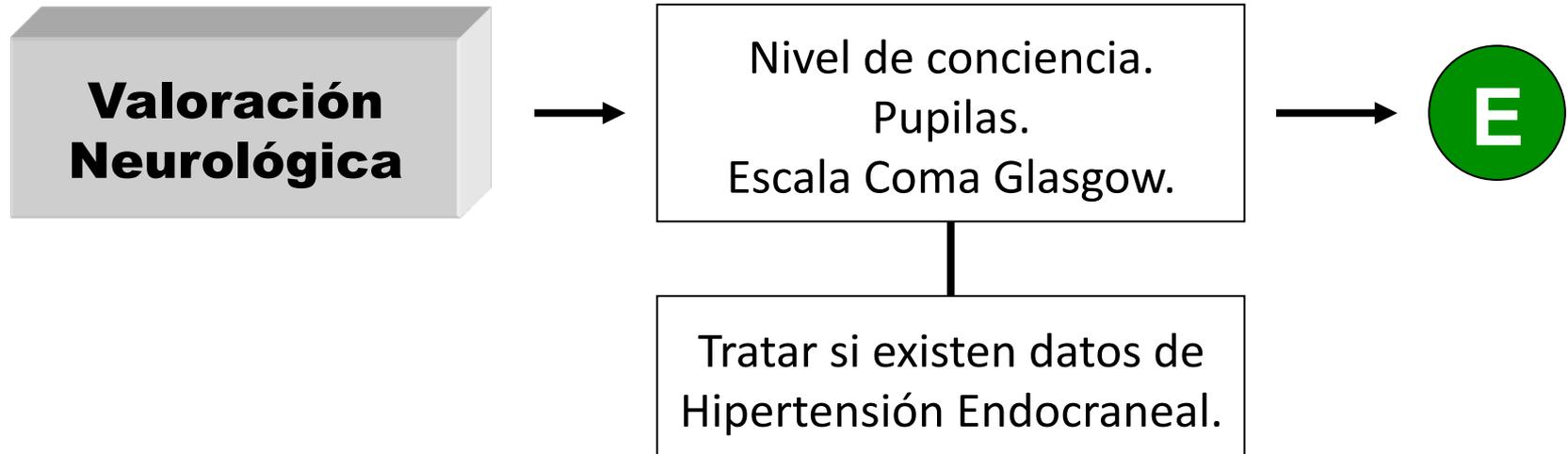
Taponamiento cardíaco



- Taquicardia.
- Disminución de la presión del pulso.
- Pulso paradójico.
- Shock.
- **Triada de Beck:**
 - Hipotensión.
 - Distensión yugular.
 - Ruidos cardiacos apagados.

1. Asegurar la Vía aérea.
2. Líquidos intravenosos (solo para mantener TAS = 90 – 100 mmHg).
3. Pericardiocentesis urgente.

Estado neurológico (disability)



Escala de Glasgow

APERTURA OCULAR

- 4 Espontánea.
- 3 Al estímulo verbal.
- 2 Al dolor.
- 1 No responde.

RESPUESTA VERBAL

- 5 Orientada.
- 4 Confusa.
- 3 Inapropiada.
- 2 Incomprensible.
- 1 No responde.

RESPUESTA MOTORA

- 6 Obedece órdenes.
- 5 Localiza dolor.
- 4 Retira al dolor.
- 3 Flexión anormal (rigidez de decorticación).
- 2 Extensión (rigidez de descerebración).
- 1 No responde.

Total: 3-15

**DESNUDAR Y EXPLORAR
(Valoración secundaria)
Valorar colocación de sondas:
SNG y Foley**

REEVALUACIÓN CONTÍNUA
Control de drenajes y sondas

Para llevar a casa...



Todo traumatizado debe ser reexplorado periódicamente, valorando sobre todo la situación respiratoria, hemodinámica y neurológica.



El control respiratorio y hemodinámico tienen prioridad sobre el resto de urgencias.



Rx de rutina: cervical lateral, tórax y pelvis (en el control secundario).



Nunca debe quedarse solo un traumatizado, aunque parezca estable; precaución con los traslados para hacer Rx.