

## ACTUACIÓN ANTE EL POLITRAUMATIZADO EN EL MEDIO PREHOSPITALARIO

G. García Escudero\*, J. Jiménez Corona\*\*, C. Chacón Manzano\*,  
E. García Criado\*\*\*, L. Jiménez Murillo\*\*\*\*, M. A. Rodríguez Ortiz\*\*\*\*\*

\*Médico del Equipo de Emergencias - 061. S.A.S. Córdoba.

\*\*D.U.E. del Equipo de Emergencias - 061. S.A.S. Córdoba..

\*\*\*Médico del Servicio de Urgencias Av. América. S.A.S. Córdoba.

\*\*\*\*Jefe de la U.F.U. Hospital Reina Sofía. S.A.S. Córdoba.

\*\*\*\*\*Directora del Centro Provincial de Comunicaciones Sanitarias - 061. S.A.S. Córdoba.

### Resumen

Los accidentes de tráfico son la primera causa de demanda asistencial de los Equipos de Emergencia - 061 de la ciudad de Córdoba. En este artículo planteamos los problemas vitales que se pueden presentar en la atención del politraumatizado, prestando especial interés a la asistencia «in situ» de la vía aérea, situación hemodinámica y lesiones torácicas. Introducimos en nuestro protocolo el uso de dispositivos alternativos a la intubación traqueal que permiten el mantenimiento de una vía aérea permeable. Concluimos realizando una valoración global del paciente.

*Palabras clave:* Politraumatizado. Asistencia Prehospitalaria.

### Introducción

La actuación inicial sobre un paciente politraumatizado, como en todo enfermo crónico, influye en el pronóstico final aumentando o disminuyendo la morbi-mortalidad.

Algunas de las experiencias más contrastadas a este respecto son las derivadas de los conflictos bélicos, en donde a pesar del aumento de la capacidad mortífera de las armas, la mortalidad ha ido disminuyendo<sup>1</sup>. El

descenso de dicho parámetro se atribuye a tres factores<sup>2</sup>:

1. Inicio del tratamiento de forma inmediata y al máximo nivel en el lugar de la agresión.

2. Reducción del tiempo de transporte desde el lugar de la agresión hasta un centro capacitado para la atención adecuada del paciente.

3. Transporte en un medio adecuado y con el personal capacitado, que permita proseguir al tratamiento necesario para mantener al paciente estable hasta la llegada al hospital.

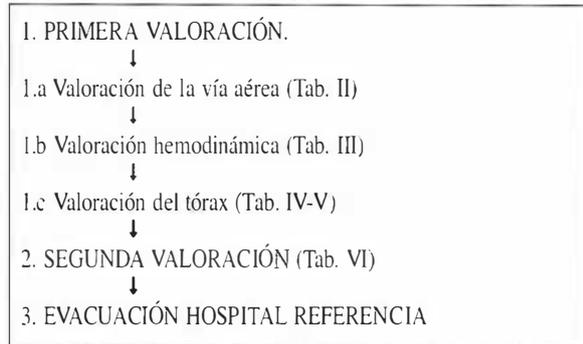
Por último comentar que a los Equipos de Emergencias Prehospitalarios se les pide un comportamiento específico diferente a cualquier otro dispositivo sanitario<sup>3</sup>. Creemos que el motivo radica en la elevada incidencia de accidentes de tráfico<sup>4</sup>, una de las causas mayores de demanda asistencial para dichos equipos<sup>5</sup>. Igualmente puede ser debido a las especiales circunstancias del accidente de tráfico en sí, esto es, su connotación intrínseca de dramatismo y premura, y el hecho agravante de ocurrir en la vía pública. Ambos factores hacen que esta actuación se transforme en una situación muy especial.

### Objetivo

El objetivo de nuestro trabajo es elaborar un protocolo de actuación «in situ» ante el politraumatizado, estableciendo un orden de prioridades (Tabla I) así como la actitud terapéutica de las complicaciones que se puedan plantear.

*Correspondencia:* Guillermo García Escudero. Centro Provincial de Comunicaciones Sanitarias - 061. Hospital «Los Morales». 5.ª Planta. 14012 Córdoba.

**TABLA I. Orden de prioridades. Actuación ante el politraumatizado**



**Definición**

Se define como politraumatizado todo enfermo con más de una lesión traumática, alguna de las cuales comporta, aunque sólo sea potencialmente, un riesgo vital para el accidentado<sup>6</sup>.

**Etiología**

El mecanismo que con más frecuencia origina mayores índices de morbi-mortalidad es la desaceleración. Las causas más frecuentes de muerte son las heridas penetrantes de tórax y abdomen y los traumatismos craneoencefálicos<sup>7</sup>.

**Diagnóstico**

I) Coexistencia de traumatismo craneoencefálico y lesiones viscerales y/o periféricas.

II) Coexistencia de lesiones viscerales y lesiones periféricas.

III) Coexistencia de dos o más lesiones periféricas graves<sup>8</sup>.

**Valoración y tratamiento**

*Primera valoración:*

*problemas de alto riesgo y resolución*

Se realizan «in situ» y antes de movilizar al paciente.

*Vía aérea permeable y estabilización de columna cervical:*

- Intentar comunicarse verbalmente con la víctima (preguntar donde le duele). Si habla, suponemos que la vía aérea está razonablemente permeable<sup>9,10</sup>. En caso contrario, se iniciará la permeabilización de la vía aérea según se describe en la Tabla II<sup>11-23</sup>.

- Estabilización de la columna cervical mediante collarín cervical.

*Valoración cardiocirculatoria (Tabla III):*

- Palpación de pulso central (carotídeo).

- Valoración del test de relleno capilar.

- Cohibir hemorragias arteriales evidentes.

*Valoración del tórax (Tabla IV):*

Al valorar el tórax prestaremos especial atención a

**TABLA II. Permeabilización de la vía aérea**

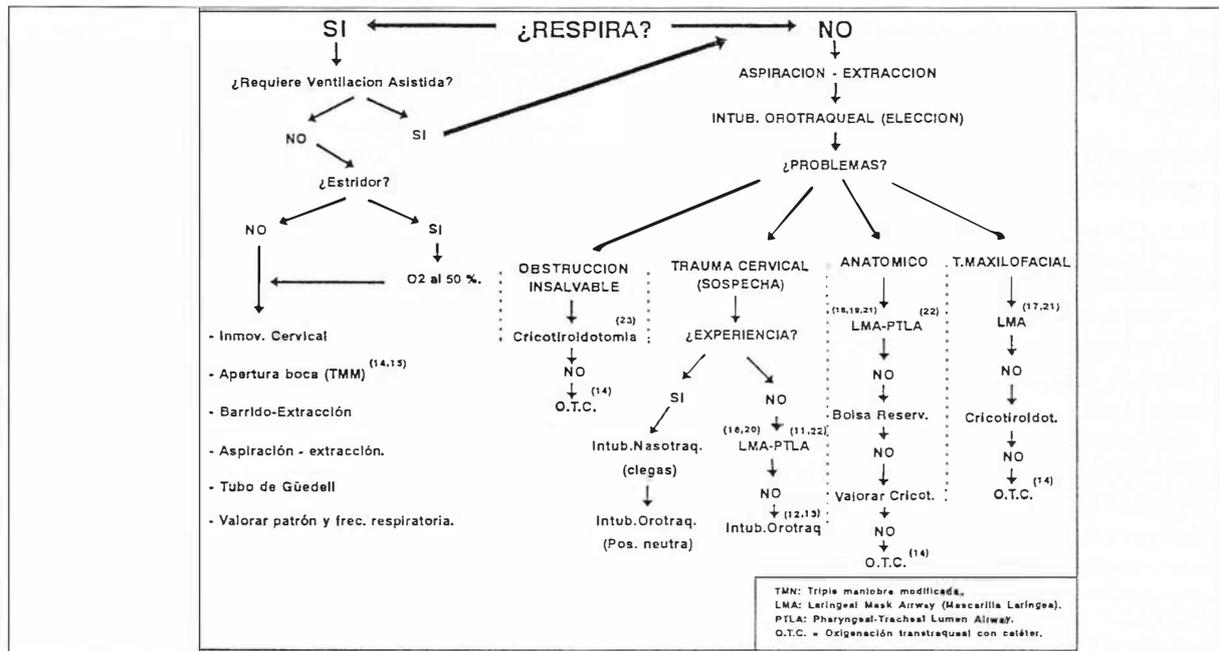
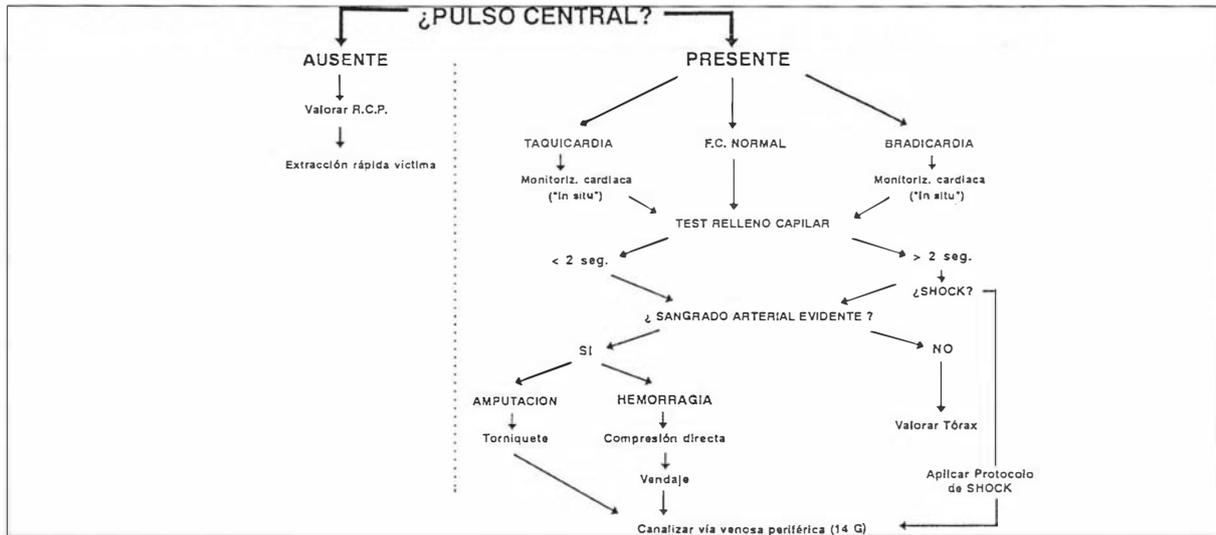


TABLA III. Valoración cardiocirculatoria



la posible presencia de cuatro cuadros que son una amenaza para la vida del paciente: volet costal, neumotórax a tensión, hemotórax y taponamiento cardíaco. Para su diagnóstico así como para la actitud terapéutica que tomaremos, seguiremos las consideraciones reflejadas en la tabla V.

Por último, al efectuar la «Primera Valoración», realizaremos una valoración básica del estado neurológico<sup>24</sup>. Se realizará de forma simple:

- Nivel de Conciencia: Consciente. Responde a estímulos verbales simples. Responde a estímulos dolorosos. No responde.

- Tamaño y reactividad pupilar.

Una vez realizada la «Primera Valoración» «in situ», procederemos a la evacuación del paciente a la UVI-móvil atendiendo las siguientes consideraciones:

- En todo paciente se habrá puesto el collarín cervical en el tiempo Ia.

- En pacientes inconscientes antes de movilizar al

enfermo utilizar además del collarín la tabla espinal<sup>9</sup>.

- El paciente será trasladado al vehículo mediante colchón de vacío y/o camilla de palas, manteniendo el control de la columna (ya inmovilizada). En todo caso, siempre debe ser trasladado sin utilizar el arrastre de ruedas para evitar posible lesiones medulares<sup>13</sup>.

### Segunda valoración y resolución de problemas de segunda y tercera prioridad

Se realizan según la Tabla VI en el interior de la UVI-móvil.

### Evacuación al hospital de referencia

### Bibliografía

1. Simeone FS. Studies on trauma and shock in man: William S. Stoneos Role in the Military Effort. Journal of Trauma 1984; 24: 181
2. Rosemblat M, Lemer J. Best la. Peleg H. Thoracic wounds in

TABLA IV. Valoración del tórax

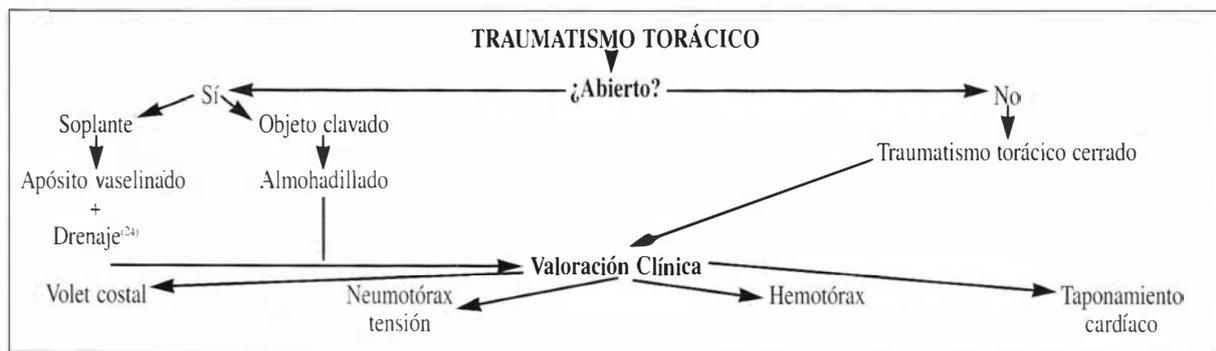


TABLA V. Valoración clínica del tórax

	VOLET COSTAL	NEUMOTORAX TENSIÓN	HEMOTÓRAX	TAPONAMIENTO CARDÍACO
SOSPECHA <sup>(9,10)</sup> DIAGNÓSTICA	Traumatismo cerrado. Movimiento paradójico Dolor a la palpación. Crepitación.	Herida en tórax o abdomen superior. Enfisema subcutáneo. Movimientos mínimos en hemitórax ‡ Murmullo vesicular. Percusión timpánica. Desviación traqueal. Ingurgitación yugular. Cuadro de Bajo Gasto	Heridas contusas o penetrantes en tórax. ‡ Murmullo vesicular. Percusión: matidez. Shock hipovolémico.	Heridas penetrantes tórax y abdomen superior. Taquicardia † P.V.C. ‡ T.A. Ingurgitación yugular. EKG: voltajes reducidos o alternancia eléctricas. Shock obstructivo.
ACTITUD <sup>(10,24)</sup> TERAPÉUTICA	Fijación externa. O <sub>2</sub> (35% - 50%) Posición sobre lado afecto. ‡ NO resolución ‡ Fijación neumática. (Ventilación mecánica)	Drenaje + aspiración. Si ocurre tras oclusión herida, quitar apósito Admón de O <sub>2</sub> (50%).	Admón de volumen. (Tratar el Shock) Admón de O <sub>2</sub> (50%). ¿Insuf. respiratoria? ‡ Drenaje	Valorar Clínica-Distancia ↙ ↘ Cerca ‡ Lejos ‡ ‡ Prioritario Drenaje Transporte + Volumen <sup>(23)</sup>

Israeli Battle casualties during the 1982 evacuation of wounded from Lebanon. *Journal of Trauma* 1985; 25: 350-354.

- Martínez M, González ML. La Urgencia. *Emergencias* 1990; 2: 66-72.
- Jornadas sobre atención sanitaria en los accidentes de tráfico. Ministerio de Sanidad y Consumo. Zaragoza, 1985.
- Riancho G, Garrido MA, Astobiza G, et al. Revisión de los casos de traumatismos asistidos por el SAMU del Excmo. Ayto. de Bilbao. 1990-1991. *Emergencias* 1992; 4: 266-270.
- Protocolos Terapéuticos del Servicio de Urgencias. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo 2.ª Ed. Barcelona. 1992; 3: 1137-1142.
- Shepard SM, Jackson E, Sayers D, et al. Statewide prehospital mobile intensive care treatment protocols for advanced life supports units in North Carolina. *NCMJ* 1985; 46: 579-602.
- González J, García de Vinuesa L, Roig JJ, et al. Manejo Hospitalario Urgente del Paciente Politraumatizado. *Emergencias* 1991; 3: 177-181.
- Hormaechea E, Ginestal RJ et al. Atención extrahospitalaria al accidentado. transporte del paciente crítico. *Cuidados Intensivos II*. ELA Editorial 1991: 1873-1912.
- Jenkins JL, Loscalzo J. *Manual de Medicina de Urgencia*. Salvat 1.ª Ed. 1989: 285-388.
- Baskett PJF. Advances in cardiopulmonary resuscitation. *Br. Journal Anaesthe* 1992; 69: 182-193.
- Mitchell F, Keamy W, Kofke WA, Jerrold H, Levy. Conducta respecto a la vía aérea. Procedimientos de cuidados intensivos postoperatorios del Massachusetts General Hospital. *Salvat Editores* 1990: 1-46.
- Moreno E, Del Busto F, Sánchez I, Serrano S. *Manual de Soporte Vital Básico*. ARAN Ediciones 1990: 250-256.
- Muriel C, Fernández R, Gutiérrez LM, et al. Liberación y protección de las vías aéreas. Oxigenación. *Emergencias Médicas*. ELA Editorial 1992: 369-390.
- Manual RCP Avanzada. SEMIUC Ed. Arán 1.ª Ed. Madrid, 1989.
- Thomson KD, Ordman AJ. Use of de Brain Laryngeal Mask Airway in anticipation of difficult tracheal intubation. *Br. Journal Plast Surg.* 1989; 42: 478-480.
- Allen JG, Flower EA. The Brain Laryngeal Mask - An alternative to difficult intubation. *Br. Dental Journal* 1990; 168: 202-204.
- Logan AS. Use of the Laryngeal Mask in patient with an unstable fracture of the cervical spine. *Anesthesia Corresp.* 1991; 46: 987.
- Pennant JH, Walker MB. Comparison of the endotracheal tube and Laryngeal Mask in airway management by paramedical personal. *Anaesth Anal.* 1992; 74: 531-534.
- Green MK, Roden R, Hinchley G. The Laryngeal Mask Airway. Two cases of prehospital trauma care. *Anaesthesia* 1992; 47: 688-689.
- Jhonston IG, Restall J. The Laryngeal Mask Airway. *Journal Br Assoc Inmed Care* 1989; 12: 3-4.
- Silverston P. The Pharyngeal-Tracheal Lumen Airway. *Journal Br Assoc Inmed Care* 1989; 12. 1: 4-6.
- Muriel C, Fernández R, Gutiérrez LM, et al. Politraumatizado. *Emergencias Médicas*. ELA Editorial 1992: 187-217.
- Valverde A, Coma R, Hernando A, Alvarez C, Chulia V. Soporte vital avanzado en trauma. *Manual de Asistencia Sanitaria en las catástrofes*. ELA Editorial 1.ª Ed. 1992: 390-425.

TABLA VI. Segunda valoración

	MÉDICO	D.U.E.	AUXILIAR
TIEMPO 1	Reevaluar vía aérea y respiración. Descartar intubación selectiva por movilización durante el traslado. Conexión al respirador.	Conexión a las fuentes de la unidad: O2, monitor, pulsioxímetro. Admón. de O2 (VM al 35%).	Recoger el material utilizado.
TIEMPO 2	Valoración de la Escala de Glasgow. Tamaño y respuesta pupilar. Pulso y relleno capilar.	T.A. y BM-Test. Coger segunda vía venosa periférica (14 G), mantenida con s. fisiológico isotónico. Extracción de sangre para analítica y pruebas cruzadas.	Quitar al paciente la ropa necesaria para valoración o tratamiento. Cortarla, no moverlo para desnudarlo. Preparación de material.
TIEMPO 3	<p>VALORACIÓN GENERAL <sup>(9,10,23)</sup></p> <p><b>Cabeza:</b> Otorragia, rinolucorrea, signo de Batle, hematomas orbitarios. Si TCE aplicar protocolo TCE.</p> <p>Columna cervical: No explorar.</p> <p><b>Tórax:</b> Reevaluar. Valorar presencia de fracturas costales.</p> <p><b>Abdomen:</b> Valorar signos irritación peritoneal. Si evisceración - Cubrirlas.</p> <p><b>Pelvis:</b> Compresión palas ilíacas y s. pubis. Explorar meato urinario.</p> <p><b>Extremidades:</b> Observar y palpar extremidades y pulsos. Tratamiento e inmovilización.</p> <p><b>Valorar analgesia.</b></p>	<p>Si indicado - sonda nasogástrica. Si Trauma Tórax - E.K.G. Sondaje vesical. Admón. de Ranitidina 50 mgr. IV.</p>	<p>Preparación de material. Fijación del paciente. Establecer comunicación con el centro coordinador. Transmitir indicaciones.</p>