

EL POLITRAUMATIZADO GRAVE

Dr. ABEL CHIFFLET

Coordinador

PRIMERA PARTE

El interés del tema a tratar está en la frecuencia creciente de este tipo de enfermo, en la extrema gravedad del enfermo no tratado y en las posibilidades de restaurar una salud perfecta en enfermos frecuentemente jóvenes.

Nuestro objetivo es el enfermo grave como unidad, pasando a segundo término la consideración de las lesiones cuando no son responsables directas de dicha gravedad. Con este criterio, el traumatizado único puede estar comprendido en el tema. Se ha usado el término politraumatizado porque las lesiones múltiples son frecuentes y porque esa multiplicidad fortalece el concepto básico de equipo para el diagnóstico y el tratamiento.

Refiriéndonos al enfermo como unidad asistencial, no entraremos en las consideraciones de los problemas complejos resultantes de la multiplicidad simultánea de tales enfermos, que justifican un enfoque especial bajo la denominación de desastre colectivo.

Nos ocuparemos solamente del enfermo internado en su etapa de gravedad inicial. No nos referiremos a los aspectos médicos que preceden o que siguen a esta etapa, aun cuando debemos puntualizar su gran importancia y la íntima relación que mantienen con el enfermo grave en el hospital.

Prevención del accidente.—Las medidas de prevención requieren una organización compleja en la cual los médicos juegan un papel muy importante. A los cirujanos sólo nos corresponde hacerles llegar en oportunidad de cada traumatizado grave el relato angustiante de lo que pudo haberse evitado y el ofrecimiento de nuestra colaboración para cualquier actuación en estos problemas.

En el lugar del accidente.—La asistencia del accidentado se rige por procedimientos sistematizados al alcance de cualquier

persona debidamente informada que sepa la conducta para unas pocas situaciones de gran urgencia. El médico puede ser útil deteniendo una hemorragia externa o abriendo paso en la vía aérea, pero podría ser perjudicial si queriendo hacer más, demora el traslado urgente a un centro hospitalario.

El traslado.— En esta instancia la actuación médica es más necesaria, para discernir oportunidad, medio de locomoción, posición del enfermo, etc., y especialmente elección del lugar donde podría ser atendido en forma. En el curso del traslado es deseable que el médico pueda asistir con eficacia al enfermo.

El traumatizado grave llega a cualquier hora del día o de la noche, en general sin noticia previa y requiere asistencia integral desde su llegada. Es fundamentalmente un enfermo de orden general en el cual la sintomatología de lesiones locales puede variar desde el silencio más absoluto hasta llegar a dominar la escena. Como enfermo general es una unidad muy compleja cuyas manifestaciones clínicas pueden ser inconcebiblemente escasas en un caso grave o de un dramatismo que desorienta sin realidades patológicas que lo justifiquen. En estos cuadros las manifestaciones se suman, se intrincan, se suceden en forma a veces tan imprevisible y brusca que dan un torbellino de síntomas. No es fácil saber, al verlo, lo que puede depender de lesiones orgánicas o de trastornos funcionales y especialmente del psiquis.

Las diversas situaciones resultantes del traumatismo no tienen denominadores comunes que permitan iniciar tratamientos estandarizados: una posición, una transfusión sanguínea, un vasodilatador que salva una vida puede terminar con otra.

La asistencia del traumatizado grave, como de cualquier enfermo, exige un médico responsable que coordine la indicación y controle la ejecución de estudios y tratamientos. Esta exigencia es fundamental en el traumatizado, por la complejidad del cuadro clínico, la multiplicidad de colaboradores, la angustia de situaciones dramáticas y la sintomatología rápidamente cambiante. La falta de dirección ejecutiva es grave, porque si hay peligros en no hacer y peligros en hacer, los peligros mayores están en la incoordinación asistencial.

El jefe debe ser un cirujano especializado. Debe ser cirujano porque el traumatizado es fundamentalmente un enfermo de

terapéutica quirúrgica y porque con frecuencia el enfermo grave requiere actuación urgente frente a lesiones focales antes de la posible integración de un equipo. Además el cirujano, por su propia actividad profesional, tiene una mayor aptitud ejecutiva, conservando serenidad frente a situaciones difíciles.

El cirujano debe ser especializado para esta función. Debe tener conocimientos y más aún, experiencia en dos aspectos: por una parte en el enfoque unitario del traumatizado grave con dominio de la fisiopatología del complejo proceso en marcha y por otra parte del conocimiento de los posibles focos lesionales para saber reconocerlos, evaluar su importancia en el cuadro general y resolver su tratamiento actuando directamente o solicitando la presencia de cirujano de la especialidad.

El cirujano jefe debe conocer su función de director de equipo para coordinarlo, para dar posibilidad de actuar a los colaboradores, respetarlos, sabiendo ser ejecutivo en un clima de orden y de serenidad. Debe sentir su gran responsabilidad, viviendo con cierta pasión los problemas del enfermo, entrar en su círculo para no salir de él, atraído por la interpretación de lo que está en marcha, con los respectivos planteos terapéuticos que se suceden rápidamente y cuidando de no perder el minuto en que debe ser ejecutivo en una resolución.

El equipo de asistencia del traumatizado grave puede integrarse de modos muy diversos dependientes de numerosas circunstancias.

1) *El grupo de recuperación general* en vistas a la reanimación circulatoria y respiratoria podría estar constituido por personal técnico auxiliar actuando bajo la dirección del cirujano jefe. Si el cirujano no domina los problemas de reanimación circulatoria puede ser útil un internista especializado en ese aspecto. Más necesaria es habitualmente la presencia del especializado en reanimación respiratoria porque además de su colaboración en el estudio y planteo terapéutico puede realizar diferentes técnicas de ventilación y cumplir necesidades de anestesia. En resumen: cirujano jefe especializado y anestesista conocedores de los problemas del traumatizado grave son los elementos centrales de la asistencia.

2) *El grupo de recuperación lesional* se integra frente a los requerimientos del grupo de recuperación general. Es posible que el cirujano jefe pueda solucionar muchos problemas lesionales, pero consideramos que la orientación especializada que le corresponde es hacia el dominio del enfermo como unidad patológica y al tratamiento de extrema urgencia. No podrá jamás estar al día en la solución adecuada (planteo y técnica)

en todos los territorios y estructuras del enfermo (cráneo, ojos, corazón, cara, vasos), con todos los tipos de enfermos (viejos y niños, embarazadas, hipertendidos).

3) *El grupo de cirujanos colaboradores* es de gran importancia. Su expresión mínima sería un practicante o varios. Mejor sería cirujanos jóvenes. Son indispensables como ayudantes de cualquier desarrollo operatorio, pero cumplen una función muy importante de colaboración en ciertas ejecuciones como ser un buen cateterismo venoso, una traqueotomía, una aspiración torácica, etc. Todos estos procedimientos requieren conocimientos y experiencia pero, así entendido, es preferible ponerlos en manos de colaboradores, dejando al cirujano jefe en libertad para supervisar y meditar.

4) *El grupo de técnicos auxiliares* es indispensable, entendiéndolo como tal el servicio de enfermería, auxiliares de radiología, transfusión, laboratorio, etc., todos los cuales actúan en sus respectivos terrenos. Deseamos insistir en tres aspectos de la asistencia del traumatizado grave que pueden ser atendidos por los colaboradores naturales o que pueden requerir personal especializado.

A) Secretaria para escribir ordenadamente todo lo que va surgiendo de los diferentes exámenes practicados y toda la terapéutica instituída. No se puede confiar a la memoria la sucesión ordenada de síntomas, opiniones, tratamientos y en esta sucesión está muchas veces la aclaración diagnóstica de un enfermo. El cirujano no debe abandonar su concentración mental frente al enfermo, para escribir.

B) Un médico, que fuera del problema actual del enfermo, se informe en diferentes fuentes sobre sus particularidades anteriores al accidente: estado de digestión, embarazo, cardiovascular, respiratorio, alcoholismo, toxicomanía, etc. Este mismo colaborador debe informarse minuciosamente sobre detalles del accidente, horario, forma de traslado, hechos observados, terapéuticas instituídas, etc. Toda la información útil debe ser transmitida al jefe del equipo.

C) Un colaborador debe ser nexo entre el enfermo con sus médicos y el medio familiar y social. Responsabilizarse de los valores y documentos, comunicarse con los familiares e informar correctamente a la policía, la justicia y la prensa.

Los integrantes del equipo tienen su responsabilidad en el punto que les corresponde, pero todos ellos, desde el cirujano jefe hasta el más modesto auxiliar de limpieza, deben atenerse

a dos directivas básicas: aceptar en cada momento la función que se les encarga y consustanciarse con los problemas del enfermo aportando todas las sugerencias que puedan significar una asistencia más eficaz. Frente a la unidad patológica constituida por el enfermo debe estar la unidad tratante constituida por el equipo.

Hay dos puntos difíciles en esta importante coordinación asistencial. Por una parte las relaciones entre lo general y lo regional y por otra, entre distintas regiones.

A veces es perjudicial la preocupación de actuar en lo regional sin que se tengan por lo menos buenas perspectivas para dominar lo general y otras veces puede ser de resultado nefasto un tratamiento del shock o la anoxia sin actuar previamente sobre lesiones orgánicas. Entre estos dos enfoques no sólo debe de haber entendimiento sino aportes de información que unifiquen el criterio sobre la situación del enfermo. El estudio del estado general permite a veces dar el alerta sobre lesiones locales graves que pudieron pasar inadvertidas o subestimadas, así como el estudio local puede dar el alerta sobre un inminente derrumbe de los procesos generales.

En lo referente a la coordinación entre los tratamientos de más de un foco lesional, debemos considerar la posibilidad de simultaneidad y la de sucesión de más de un acto operatorio. Operar simultáneamente en dos focos, con dos equipos, en forma coordinada, puede ser una exigencia por la gravedad de ambas lesiones. Puede también plantearse en el curso de un acto operatorio obligado, el beneficio de actuaciones quirúrgicas para lesiones que no requerían tratamiento urgente.

El análisis sereno de los resultados de la asistencia de traumatizados graves demuestra con gran frecuencia, perjuicios importantes por fallas en la coordinación profesional. Demuestra también perjuicios irreparables para el enfermo resultantes de errores en detalles que escapan a menudo a las técnicas principales: edema agudo de pulmón por exceso de reposición, inundación brónquica por contenido gástrico, necrosis por venoclisis, accidentes transfusionales, etc. En la urgencia, todos tienen responsabilidad como equipo y el detalle merece siempre especial atención.

Hay que fortalecer la unidad del equipo. En ese sentido debe buscarse la reunión conjunta en el curso de la asistencia, bajo la dirección del jefe, en ambiente tranquilo, tal vez en

lugar aparte del consultorio. Allí, tantas veces como sea necesario, se deben plantear y discutir aspectos que no se pueden solucionar en el clima de confusión que rodea al enfermo ni por decisión del más impetuoso, que puede tener facetas de irresponsable.

La reunión conjunta tiene otra importancia y también grande, cuando se realiza después de terminada la evolución del enfermo, para analizar, serenamente, con espíritu de crítica constructiva la actuación personal y corporativa del equipo. Corresponde al jefe la programación de estas reuniones.

En fin, el fortalecimiento de la coordinación del equipo se favorece con el simulacro periódico de su entrada en acción. Se pueden observar mejor las fallas, sugerir actuaciones, llenar vacíos, borrar puestos llave, etc.

SEGUNDA PARTE

La exposición de los ponentes de este panel es de orden conceptual, con proyecciones prácticas en vistas a una asistencia ideal, en medio hospitalario bien dotado y con personal profesional y de colaboración suficiente y preparado.

Es indudable que el conjunto de ponentes, superación científica valiosa, está a menudo lejos de ciertas realidades asistenciales. Pero el progreso no se logra con actitudes de adaptación a situaciones carenciadas, sino por el esfuerzo realizador del médico que en su medio es capaz de superarse y por quienes en todos los terrenos pugnan por mejor docencia y mejor asistencia.

Para los médicos que en su medio son capaces de superarse, que los hay, y no pocos, será de gran utilidad este panel, pues tendrán los conceptos básicos actuales sobre el traumatizado grave. Con ese conocimiento cada uno creará, en sus posibilidades, la mejor manera de asistir. El injerto de conocimientos prácticos es un remiendo o un ribeteado que puede ser improductivo o aún perjudicial si no se conocen los fundamentos de su indicación y que conduce a la anquilosis mental, bloqueando nuevas adquisiciones que pueden ser básicas para el enfermo.

Todo médico debe saber que de él y sólo de él puede depender una vida y que de nada servirán en ese momento lamentos y acusaciones para tranquilizar su conciencia. Sin colaboradores y sin elementos de asistencia, puede evitar una muerte si conoce bien lo que es en su esencia un traumatizado grave y las directivas del tratamiento urgente. Y con escasez de colaboración

y de material de asistencia, puede, sabiendo lo que hace, lograr los mayores éxitos si dispone con eficacia, orden y autoridad, de todos los elementos a su alcance.

La enseñanza del traumatizado grave, como toda la medicina y cirugía de urgencia, escapa a la organización docente de nuestra Facultad, porque la asistencia de estos enfermos es independiente de las cátedras clínicas.

Es sabido que internistas y cirujanos de urgencia en los hospitales, por su propia condición de médico con el permanente deseo de transmitir conocimientos y muchos de ellos docentes, enseñan y mucho a los practicantes de la guardia, y es sabido que grupos de estudiantes no internos concurren a aprender en las guardias, siendo bien recibidos en todas partes. Los profesionales que enseñan merecen el elogio y los practicantes deben premiar con su atención y cooperación las actitudes desinteresadas de quienes los guían.

Pero, esta enseñanza ofrece ciertos reparos. Fija la atención sobre actitudes, e incorpora conocimientos aislados, faltando el desarrollo de los conceptos básicos que dan la unidad y que constituyen el punto de partida para seguir. Debe ser impartida en forma regular por centros docentes organizados específicamente por las clínicas, que deberían tener bajo su responsabilidad a todo enfermo desde su llegada al hospital, con la docencia respectiva. Los inconvenientes asistenciales de esta organización podrían solucionarse en muchas formas sin necesidad de disociar la asistencia en dos etapas y de privar a todos de la docencia en aspectos fundamentales y de práctica diaria.

Mientras la docencia del caso urgente no logre su justa ubicación en la Facultad, hay dos posibilidades de esta enseñanza. Por una parte la actividad de las Instituciones Científicas de Graduados, como lo ha hecho en esta oportunidad la Sociedad de Cirugía con gran comprensión del problema y por otra parte la organización de cursos breves por la Escuela de Graduados o por Clínicas de la Facultad. Estos cursos, podrían corresponder a los diferentes hospitales en que funcionan clínicas, y ser organizados con el conjunto de técnicos especializados de cada hospital.

La asistencia del traumatizado grave requiere atención muy especial de las autoridades correspondientes. En primer término es indispensable una planificación hospitalaria que permita en cada caso dirigir al enfermo al lugar donde podrá ser asistido

de inmediato y con eficiencia. En esa planificación debe considerarse la distribución de los hospitales, la capacidad y la dotación en personal y elementos de asistencia.

Todo hospital debe estar en condiciones de poner en marcha de inmediato los mecanismos requeridos para la asistencia de un traumatizado grave. Es fundamental un responsable que tome de inmediato la dirección de la asistencia, con autoridad para obtener los colaboradores y recursos de su medio.

En el centro asistencial pequeño el cirujano del Centro debe ser naturalmente el eje de esta asistencia. En hospitales más importantes hay un cirujano de guardia que recibe y dirige el tratamiento. Si este cirujano no tiene otras obligaciones y considera que sabe los problemas del traumatizado, sigue con el enfermo, pero en caso contrario debe recurrir a otro cirujano del Servicio de Guardias o de un Servicio del hospital. Es de utilidad recurrir pronto a los Centros de Tratamiento Intensivo si lo dispone el hospital.

Creemos que, manteniendo un buen nivel de conocimientos sobre el traumatizado, no existen problemas asistenciales mayores en lo referente a profesionales. En cambio consideramos graves las consecuencias de la falta de elementos de asistencia. Es más posible que pueda perderse una vida por carecer de instalaciones, instrumental, medicación, etc., que por falta de profesionales capaces.

Los cirujanos no son ajenos a estas deficiencias de elementos de asistencia. Deben luchar por su corrección haciendo notar reiteradamente el hecho, dirigirse a quienes puedan solucionar la falla, directores de hospital, autoridades superiores, gobernantes, pueblo y fundamentalmente crear la fuerza corporativa de los médicos del hospital que desean tratar bien a los enfermos.