

EL SISTEMA LOCOMOTOR EN EL POLITRAUMATIZADO GRAVE

Dr. OSCAR GUGLIELMONE

El compromiso del sistema locomotor está generalmente presente en mayor o menor grado en el politraumatizado grave y, a menudo, la gravedad del cuadro está en relación directa con las lesiones del aparato locomotor.

La multiplicidad de lesiones, la gravedad de las mismas, como las asociaciones lesionales, dan lugar a un número tan grande de cuadros clínicos, que podría decirse que cada traumatizado constituye una entidad distinta, con un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico propio.

Para ser más claro, la exposición la haremos en dos capítulos:

- 1º) Las lesiones del sistema locomotor.
- 2º) Las lesiones del sistema locomotor asociadas a lesiones viscerales.

1º) LAS LESIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR

Comprendemos en el sistema locomotor: los miembros, el raquis y la pelvis.

Estudiaremos, en primer término, las lesiones aisladas de cada uno de estos sectores para valorar la responsabilidad que les puede corresponder en la gravedad de un politraumatizado, y en segundo término, las asociaciones lesionales más frecuentes, sobre todo para planificar el tratamiento a realizar frente a un traumatizado complejo, en el que participan dos o más sectores del sistema locomotor.

a) *Las lesiones de los miembros*

No consideramos la lesión aislada de un miembro, pues no corresponde en el tema que tratamos, pese a que muchas veces la gravedad de las lesiones pone en peligro la vida del enfermo, por hemorragias que son tratadas tardíamente, por infección, por el uso indebido de un "garrot", etc. Hemos visto un caso de muerte por arrancamiento de un miembro a nivel de la pelvis.

En cambio, la multiplicidad de lesiones o la extensión lesional en uno o más miembros, pueden dar lugar a un cuadro grave o agravar la situación de un politraumatizado.

El diagnóstico lesional es fácil de realizar. El examen clínico basta en la mayor parte de los casos. La radiografía confirma el diagnóstico de las lesiones óseas y lo complementa muchas veces.

Pero, el examen clínico debe ser minucioso y completo. Se debe examinar todo el esqueleto sin omitir ningún sector. A menudo el paciente no refiere dolor ni otros síntomas a nivel de una región a cuya altura tiene una fractura. En las horas o días siguientes acusa dolor, y una radiografía tomada entonces nos muestra la existencia de una lesión ósea más o menos grave.

Ante la menor sospecha de una lesión esquelética, se debe tomar siempre una radiografía de frente y de perfil.

El tratamiento comenzará por compensar el desequilibrio hemodinámico, que si está presente, casi nunca es grave en las lesiones de los miembros.

Un cuadro de hipotensión o de shock, de anemia o de excitación, pueden estar presentes. Calmando el dolor, ya sea inmovilizando el miembro lesionado o administrando drogas, el cuadro mejora. Otras veces es necesario hacer transfusiones de sangre, plasma o suero. Una vez tratados los disturbios generales, se comienza el tratamiento de las lesiones. Este se hará de acuerdo a la urgencia que requiera cada una de ellas, e incluso, muchas veces, deben preceder al tratamiento general.

En forma un tanto esquemática podemos clasificar el tratamiento de las lesiones de los miembros en el siguiente orden, de acuerdo a la urgencia:

I) *Las lesiones vasculares.*— Pueden comprometer la vida del paciente o la vitalidad de un miembro.

Habitualmente las grandes heridas no sangran o sangran poco. Un torniquete mal puesto es comúnmente la causa de una hemorragia. Una vez quitado, deja de inmediato de sangrar.

Tendremos en cuenta el compromiso de grandes troncos arteriales:

a) *Rupturas arteriales* producidas por el agente traumático o por un fragmento óseo desplazado. Más raramente por una luxación. Es el caso de la arteria axilar, la femoral, la humeral, la poplítea, etc.

La lesión vascular en la raíz de los miembros o en los llamados “puntos críticos”, exigen la intervención inmediata del cirujano especializado para restablecer la circulación arterial.

b) *Las compresiones arteriales* son producidas por luxaciones o fragmentos óseos desplazados. Exigen la intervención inmediata del ortopedista para reducir la luxación o la fractura y quitar así el factor de compresión.

Hemos visto compresiones arteriales en luxaciones de rodilla, de hombro, fractura o decolamiento supracondileo de fémur, fracturas de codo, lesión de Monteggia, fracturas luxaciones de cuello de pie, etc.

II) *Las luxaciones.*— Es una norma ya establecida que la reducción de una luxación debe ser lo más precoz posible. Sólo serán diferidas aquéllas que exigen anestesia general y las luxaciones expuestas graves, que deben ser tratadas quirúrgicamente.

Tanto las lesiones vasculares como las luxaciones, deben ser tratadas sin tener en cuenta las condiciones generales del paciente, es decir, antes o contemporáneamente con el tratamiento general, salvo en los casos mencionados que requieren anestesia general.

III) *Las lesiones de partes blandas, fracturas y luxaciones expuestas.*— Las heridas cortantes o contusas, atriciones de los miembros, fracturas o luxaciones expuestas, pueden ser diferidas hasta que las condiciones generales del paciente lo permitan, claro está, dentro de un tiempo prudencial.

Clásicamente se limitaban a las seis horas, pero este plazo puede prolongarse mucho más, dependiendo por supuesto, del tipo de lesiones, su urgencia, riesgos o posibles complicaciones.

En el tratamiento de las fracturas expuestas es donde se pueden cometer los errores más graves. No hay problema en los casos de pequeñas exposiciones. Pero, en las grandes exposiciones, con amplias lesiones tisulares, escalpes de piel, rupturas musculares, heridas sucias de tierra u otros cuerpos extraños, exigen una consideración especial. Deben ser tratadas en el block quirúrgico, bajo anestesia general y por técnicos competentes, con experiencia y conocimientos, tanto en tratamiento de partes blandas como de lesiones osteoarticulares.

Un error cometido en esta etapa del tratamiento, puede significar complicaciones graves: hemorragia, infección, pérdida de un miembro o la muerte del paciente.

Hemos tenido que amputar miembros por isquemia o por gangrena, por cierre primario de una herida, etc.

Hemos visto muertes por las mismas causas o por hemorragias tardías causadas por dejar troncos arteriales expuestos en superficies contaminadas.

Pero sobre todo observamos la tendencia en ciertos centros y más a menudo en cirujanos jóvenes, a inmovilizar una fractura expuesta que han reducido a la perfección, utilizando prótesis metálicas, tornillos, placas, clavos, hilos de acero, etc.

Esta conducta *debe ser proscripta*. No se debe colocar un cuerpo extraño, ni siquiera catgut cromado o hilos irreabsorbibles, para mantener una reducción.

Aunque nos cause disgusto, es preferible que se pierda la reducción antes que colocar una prótesis metálica. No interesa la reducción. Una vez curadas las partes blandas, alejado el peligro de la infección, se procederá al tratamiento definitivo de la fractura.

Interesa sí, inmovilizar. Para ello se utilizarán férulas, yesos circulares abiertos, tracción de partes blandas o esqueléticas. La tracción esquelética hecha a distancia del foco, no sólo inmoviliza, sino que a veces reduce o mantiene la reducción obtenida.

En casos de excepción se puede mantener la reducción con un hilo de Kirschner percutáneo que se extrae al cabo de ocho o diez días. En caso de heridas arteriales con fractura del esqueleto regional, está indicado, por necesidad, colocar una prótesis metálica para inmovilizar el foco de fractura y permitir así el éxito de una sutura o un injerto arterial.

IV) *Las lesiones óseas.*—Fracturas cerradas. Son las de tratamiento menos urgente. Pueden ser diferidas todo el tiempo que sea necesario, sea por problemas de orden general o por otras lesiones asociadas más graves y más urgentes.

Toda fractura se acompaña de una *hemorragia* en el foco; que puede ser importante como en la fractura de muslo, y tanto más cuanto mayor sea el número de fracturas, contusiones, etc. A veces es necesario recurrir a transfusiones de sangre para tratar cuadros de anemia.

Pero más a menudo está presente un cuadro *de shock*. En su génesis pueden intervenir varios factores: el factor emocional provocado por el accidente, el factor nervioso consecuencia del dolor, la anemia, resultante de la hemorragia, etc.

En el politraumatizado de los miembros, el shock en general no es grave, por el contrario, es fácilmente reversible.

Pero, además, en los casos de fracturas múltiples puede existir otro elemento de complicación: *la embolia grasosa*, a la que, en algunos medios se le asigna una importancia fundamental, a tal punto que algunos autores aceptan que el 10% de los enfermos que sufren fracturas múltiples pueden presentar signos evidentes de embolia grasosa y convienen en que el síndrome de embolia grasosa es la complicación más importante que sigue a las fracturas múltiples, especialmente de los huesos largos.

b) *Lesiones raquídeas*

Puede tratarse de una lesión raquídea pura o con compromiso radiculomedular.

El tratamiento y el pronóstico, es totalmente distinto en ambos casos.

El diagnóstico, si hay lesiones nerviosas, no escapa al clínico. En cambio, pasan a menudo inadvertidas las lesiones óseas puras.

Por ello, en un politraumatizado, debe tenerse en cuenta la posible existencia de una lesión raquídea.

Aunque el paciente no manifieste ningún síntoma, debe hacerse sistemáticamente un cuidadoso examen de la columna.

Más aún, durante el examen clínico, como en su traslado, etc., debe tratársele como si fuera portador de una lesión raquídea.

Un síndrome doloroso torácico o abdominal, conduce a menudo a un examen cuidadoso del tórax o del abdomen. Sin embargo, la presencia de estos cuadros debe ser una advertencia para no omitir un correcto examen clínico y radiográfico de la columna vertebral.

La lesión raquídea pura no es grave y no compromete la vida del enfermo. Sólo puede complicarse con un íleo paralítico, retención de orina, etc.

El tratamiento de la lesión osteoarticular no tiene urgencia. Debe diferirse hasta tanto las repercusiones viscerales hayan desaparecido.

El compromiso medular sí, compromete la vida del paciente. A veces es la causa de una muerte brusca o a breve plazo.

La gravedad depende de la topografía de la lesión. Es tanto más grave cuanto más alta.

También depende del compromiso visceral reflejo, que a veces es irreversible.

La urgencia exige tratar primero el íleo paralítico, luego la lesión medular y finalmente la lesión osteoarticular.

c) *Los traumatismos pelvianos*

Son a menudo graves y de tratamiento urgente. De los tres sectores del sistema locomotor, el traumatismo pelviano es el que presenta mayores problemas, tanto de diagnóstico, de tratamiento como de pronóstico.

Basta sólo recordar que la pelvis es una caja ósea cuya cara externa presta articulación a los miembros inferiores e inserción a todos los músculos motores del muslo; cuya cara interna alberga y protege las vísceras terminales (vísceras reservorios) del aparato digestivo, urinario y genital; cuya cara inferior está cerrada por un complejo sistema esfinteriano y cuya pared superior, ausente, permite la comunicación amplia con la cavidad abdominal y aloja vísceras huecas como ansas delgadas, colon, etc.

Si a esto agregamos el plexo sacro con los gruesos troncos que da origen, a la arteria ilíaca externa, la hipogástrica con sus ramas colaterales y terminales, y sobre todo, las gruesas venas

que forman abundantes plexos en el espacio pelvisubperitoneal, podemos explicarnos la multiplicidad de cuadros clínicos que pueden presentarse, como expresión de la variedad de lesiones que pueden producirse en un traumatismo grave de pelvis.

La fractura aislada de la pelvis, no ofrece problema.

Las fracturas múltiples o fracturas luxaciones son más graves. A veces causa de la muerte de un traumatizado.

La gravedad depende, en orden decreciente, de: 1º) la anemia aguda y del shock; 2º) del íleo paralítico; y 3º) de las lesiones óseas.

Las fracturas asociadas a lesiones viscerales son más graves aún. El problema visceral debe ser de tratamiento urgente, contemporáneo o a continuación del tratamiento de los desequilibrios hemodinámicos.

El problema óseo, en todos los casos, pasa a último lugar en la consideración terapéutica y pronóstica.

De donde surge que sea más lógico hablar de traumatismos pelvianos graves, que de fracturas pelvianas graves, puesto que aquel término encierra un contenido más amplio, incluyendo las lesiones que son realmente graves, como las lesiones vasculares, viscerales, etc.

La gravedad de un politraumatizado puede depender únicamente del traumatismo pelviano.

La presencia de anemia aguda o de shock en un politraumatizado debe conducirnos, en primer lugar, a la búsqueda de una lesión grave de pelvis.

Únicamente después de descartada la responsabilidad de la pelvis, continuará nuestro examen por otros sectores de la economía.

El traumatizado grave de pelvis puede presentar una rica sintomatología, la que puede ser agrupada en diferentes síndromes clínicos. En tal sentido, de acuerdo al trabajo presentado por el Prof. Bado en el Congreso de Cirugía del año 1946, estudiaremos los siguientes síndromes:

1) *El síndrome de anemia aguda.*

Se presenta como consecuencia de una hemorragia cuyo origen puede ser

- a) La fractura pelviana. El hueso esponjoso sangra copiosamente.
- b) Las rupturas venosas, sobre todo de los plexos venosos cuyas paredes delgadas y frágiles fácilmente se rompen.

- c) Las rupturas arteriales. Recordaremos la arteria iliaca externa en su trayecto a lo largo del estrecho superior, la glútea que pasa rasante al hueso en el foramen suprapiramidal, la obturatriz que sale por el agujero subpubiano, la pudenda interna que se engancha en la espina ciática para entrar luego en el periné, etc.

Muchas autopsias han mostrado que la causa de la muerte ha sido una ruptura arterial o la de una gruesa vena.

Alguna vez, una intervención oportuna salvó la vida de un paciente al ligarse la arteria o la vena que sangra.

En nuestra experiencia recordamos haber encontrado una arteria glútea lesionada. Es común ver un trazo de fractura que desprende la columna isquiática, prolongarse hasta el fondo de la escotadura ciática y comprometer el paquete glúteo superior.

Cuando un cuadro de anemia aguda, producido por un traumatismo de pelvis, no cede ante un tratamiento intensivo de transfusiones de sangre, plasma y suero, debe hacernos pensar en la ruptura arterial o venosa, e incluso plantear y realizar una exploración quirúrgica.

La clínica y la radiología se complementan para orientarnos en la localización de la herida vascular.

2) *El síndrome de shock.*

Es el cuadro dominante en el traumatismo grave de pelvis. Su presencia, de intensidad variable, es casi constante.

Es la causa más frecuente de muerte, y el cuadro de más urgente tratamiento.

Es la consecuencia de la hemorragia aguda, sumada al factor neurogénico creado por el accidente, por la fractura, por el dolor, la emoción, etc.

Su tratamiento corresponde al cirujano reanimador.

Su resistencia al tratamiento o su recidivancia, repito, debe hacer pensar en la ruptura vascular grave, venosa o arterial.

Corresponde al cirujano general, la solución del problema. La exploración quirúrgica, orientada por la clínica y la radiografía, se impone como tratamiento.

3) *El síndrome abdominal.*

El cuadro agudo de vientre es un hecho frecuente en el traumatismo grave de pelvis. Puede ser la expresión de una hemorragia subperitoneal o de una lesión visceral abdominopelviana. Lo habitual es lo primero.

Puede presentarse con un cuadro de contractura simulando una peritonitis, o con un cuadro de distensión simulando una oclusión. Depende quizás de la topografía y de la extensión de la hemorragia en el subperitoneo.

Frente a una hemorragia intraperitoneal, la duda se impone. Sólo la exploración quirúrgica podrá disiparla. En la duda no debe omitirse nunca la intervención. Lo que se pierde es poco y lo que se puede ganar es mucho.

La lesión visceral más frecuente es la herida vesical, generalmente subperitoneal, a veces intraperitoneal. La ruptura rectal o vaginal es rara y no da cuadro abdominal.

En los aplastamientos pelvianos se puede lesionar una víscera abdominal ubicada en la pelvis, dando lugar a estallidos, perforaciones, desgarros mesentéricos, etc.

4) *El síndrome paralítico de los miembros inferiores.*

Una impotencia funcional relativa o absoluta, de uno o ambos miembros, acompaña siempre a la fractura de pelvis. La inhibición funcional puede ser debida al dolor, pero también puede ocurrir por lesión nerviosa, radicular o troncular, producida por la fractura o por el agente traumático.

El diagnóstico diferencial en general es fácil y el pronóstico y tratamiento completamente distinto en ambos casos.

La existencia de un síndrome paralítico en un traumatismo de pelvis nos exime de toda maniobra clínica para hacer el diagnóstico de fractura.

5) *El síndrome urinario.*

Como ya dijimos, la lesión visceral más frecuente, es la urinaria: vejiga y uretra.

Su expresión clínica habitual es la retención de orina, la hematuria o uretrorragia.

Su tratamiento corresponde al especialista en vías urinarias.

Hemos presentado los grandes síndromes clínicos. Suelen presentarse en forma aislada o combinados entre sí en diversas formas para constituir una gran variedad de cuadros clínicos complejos.

El tratamiento primario debe inspirarse, como en las demás lesiones, por la urgencia que exige cada uno de los cuadros anatomoclínicos que hemos descrito.

- En primer lugar, el shock y la anemia aguda. Corresponde sean tratados por el médico reanimador.
- En segundo lugar, las lesiones vasculares que se sospechen o diagnostiquen como causantes del cuadro de anemia aguda o de shock. Su tratamiento corresponde al cirujano general.
- En tercer lugar, el síndrome urinario, que estará en manos del especialista correspondiente.
- En cuarto lugar, el íleo paralítico, que también tratará el cirujano general.
- Finalmente, cuando todos estos problemas estén resueltos, recién entonces se planteará y se comenzará el tratamiento de las lesiones óseas, es decir, entrará en acción el cirujano ortopedista.

Hemos considerado hasta ahora, en forma aislada, las lesiones del sistema locomotor en sus tres sectores los miembros, el raquis y la pelvis.

Pero lo frecuente en el gran traumatizado, es la asociación de lesiones de dos o tres sectores.

El problema diagnóstico es más complejo, pero sobre todo, se complica el planteamiento terapéutico. Será distinto en cada circunstancia, dependiendo de las asociaciones lesionales, de la gravedad de cada una y principalmente de la urgencia que requiera su tratamiento.

La variedad de cuadros clínicos es enorme y sólo un balance lesional completo, una ponderación justa de la gravedad y de la urgencia de cada lesión, contando con la opinión autorizada de distintos especialistas, podrá permitirnos realizar un planteamiento terapéutico correcto y llevar a cabo un tratamiento efectivo para salvar la vida del politraumatizado grave.

Pero, debemos señalar, que si es complejo el problema del politraumatizado del sistema locomotor, lo es mucho más cuando se le añaden lesiones de otros sectores de la economía, como veremos a continuación.

2º) LAS LESIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR ASOCIADAS A LESIONES VISCERALES: CRANEOCEFALICAS, TORACICAS O ABDOMINALES

Las lesiones de los miembros tienen en general un diagnóstico, tratamiento y pronóstico, sin mayores problemas.

Si se agregan lesiones raquimedulares, se complica el tratamiento y sobre todo el pronóstico. Si hay un traumatismo grave de pelvis, tanto el diagnóstico como el tratamiento y el

pronóstico son mucho más complejos. Es decir, el compromiso de las cajas, crea siempre un problema de mayor entidad. Presuponen siempre lesiones del continente y del contenido. Si bien las primeras en general no ofrecen mayor problema, el diagnóstico de una lesión visceral es una incógnita y su gravedad puede ser insospechada.

Es éste, pues, el panorama que nos ofrece el politraumatizado con compromiso del cráneo, tórax o abdomen.

El traumatismo de cráneo

Las lesiones óseas son de diagnóstico y tratamiento en general fácil. La lesión visceral encefálica puede ir desde la simple conmoción a la contusión grave, incompatible con la vida.

Su tratamiento, normalmente, no ofrece mucha urgencia. Salvo un síndrome expansivo como una hemorragia extradural que puede requerir una intervención de urgencia, los trastornos respiratorios que pueden exigir una traqueotomía, las demás lesiones permiten esperar y de este modo hacer estudios complementarios, ver la evolución y decidir sin apresuramiento la conducta a seguir.

El traumatismo de tórax

El problema parietal puede ser importante. Su diagnóstico es fácil. El tratamiento puede ser de cierta urgencia porque agrava el shock o altera mucho la dinámica respiratoria.

Calmar el dolor es lo primero. Si hay un hundimiento con respiración paradójica, tratar de inmovilizar el block parietal desprendido, provisoriamente con un vendaje compresivo, o bien, si es posible, levantando el colgajo y fijándolo externamente.

El problema visceral, también es de diagnóstico relativamente fácil. La clínica y la radiología se complementan. Hemotórax, hemo-neumotórax, neumotórax a presión, herida pulmonar, pueden requerir una intervención de urgencia.

El traumatismo de abdomen

Es el diagnóstico más difícil. "El abdomen agudo es una caja de sorpresas." Ni la clínica, ni los medios auxiliares, permiten hacer un diagnóstico certero de lesión visceral.

Frente a un cuadro de presunta lesión visceral, se impone la laparotomía exploradora.

"Si fuera víctima en una circunstancia análoga, me abren el vientre primero, después discuten", decía el Prof. Larghero.

El problema de las cajas es siempre más grave que el de los miembros. Frente a un politraumatizado grave con lesiones viscerales de la caja craneana, torácica o abdominal, el compromiso de los miembros pasa a un segundo plano.

Ya hemos planteado el tratamiento de los miembros en forma aislada o asociada a otros sectores del sistema locomotor.

Tenemos ahora que ubicar las lesiones del sistema locomotor en el planteamiento terapéutico del gran politraumatizado con compromiso visceral de otros sectores de la economía.

Si bien el problema esquelético es el que merece considerarse en último término, hay sin embargo, algunas lesiones de los miembros que requieren tratamiento urgente, a veces de extrema urgencia, como las lesiones vasculares.

En los casos complejos de lesiones del sistema locomotor y de lesiones viscerales asociadas, corresponde plantear: 1º) el tratamiento a realizar; 2º) la oportunidad de su realización.

Tratamiento y oportunidad dependen de la lesión en sí y de las demás lesiones presentes.

Es de acuerdo con el cirujano jefe, quien coordina y conduce el tratamiento, y con el grupo de médicos generales y especialistas, que surgirá la oportunidad de nuestra intervención, los procedimientos, tácticas y técnicas a seguir.

Podemos considerar en forma un tanto esquemática, tres grandes situaciones, que dependen, como dije anteriormente, de la gravedad de las lesiones, de los trastornos generales y fundamentalmente de la urgencia.

a) Lesiones que deben tratarse de inmediato sin tener en cuenta el cuadro general ni las lesiones viscerales. En este caso están las lesiones arteriales, como antes lo expresamos, las luxaciones, salvo las que son expuestas o requieran para su reducción anestesia general. Todas estas lesiones deberán tratarse antes o concomitantemente con los trastornos generales, es decir, con el tratamiento de reanimación.

b) Lesiones que permiten esperar unas horas, hasta que mejoren las condiciones generales del paciente o bien para ser tratadas simultáneamente con otras lesiones que requieren anestesia general.

Deben ser operadas con anestesia general las lesiones viscerales, las fracturas o luxaciones expuestas, las amputaciones, algunas luxaciones cerradas como las de cadera o de hombro, etc.

Las lesiones viscerales tendrán prioridad en el tratamiento y como el mismo requiere anestesia general, se aprovechará la misma anestesia, si las condiciones del paciente lo permiten, para tratar las demás lesiones, tales como las heridas de partes

blandas, fracturas expuestas, tracciones esqueléticas, reducción e inmovilización de algunas fracturas, luxaciones, etc.

En caso de pacientes en estado de coma por traumatismo craneoencefálico, si la gravedad lo permite, puede procederse al tratamiento de muchas lesiones sin anestesia general, regional o local

c) Lesiones cuyo tratamiento se puede diferir hasta tanto se solucionen los problemas de mayor gravedad. Es el caso de las fracturas cerradas.

Muchas de ellas se tratan como se indicó en el inciso b). Pero muchas veces no es posible realizar el tratamiento definitivo de la fractura, o ni siquiera efectuar alguna etapa del mismo. Su realización puede significar una nueva agresión que incida sobre la situación del paciente o un inconveniente para el tratamiento quirúrgico de una lesión visceral.

Sin embargo, la inmovilización del foco de fractura es importante para la feliz evolución de los trastornos hemodinámicos. Por este motivo, debe procederse a la inmovilización lo más precoz y correcta que sea posible, sin tener en cuenta la reducción de la fractura.

Se hace en forma transitoria por medio de yesos circulares abiertos, férulas, tracción de partes blandas, etc.

Después de resueltos los problemas graves que someramente hemos visto, se procederá al tratamiento definitivo de las fracturas.

Para terminar, diremos: es imposible enumerar la infinidad de situaciones que se plantean en la clínica.

La multiplicidad de cuadros anatomoclínicos depende de la enorme variedad de asociaciones lesionales y de la variable gravedad de cada una de ellas. Si a esto se agrega: la edad del paciente, las taras o enfermedades previas al accidente, el estado funcional de los órganos en el momento del traumatismo, se hace aún más complejo el planteamiento terapéutico del politraumatizado grave.

Salvar la vida del paciente ante la amenaza inmediata del shock o de la anemia aguda, actuando con rapidez, con eficacia y responsabilidad, es lo primordial.

Salvada esta primera etapa, ya con menos urgencia, plantear el tratamiento de las diversas lesiones, efectuando un balance lesional completo, jerarquizando cada una de ellas de acuerdo a la urgencia que revisten, y desarrollar el plan terapéutico, cumpliendo con los principios generales de *oportunidad, táctica y técnica* para cada caso en particular.

Sólo así podremos lograr nuestro propósito, que es: primero, salvar la vida del paciente; luego, devolver la salud perdida. Sin secuelas ni invalideces. Una incapacidad permanente o definitiva transforma a un hombre útil, en un lisiado que será, durante su existencia, una carga para la familia, para la sociedad y para el Estado. Nuestro propósito se podrá lograr si contamos con un lugar adecuado, correctamente equipado, con un conjunto de técnicos: cirujanos generales y especializados, médicos internistas, cirujanos colaboradores y técnicos auxiliares, que actuando en forma coordinada bajo la dirección de un cirujano jefe, ponen todos, al servicio del politraumatizado grave, el mismo sentimiento de responsabilidad, dedicación y comprensión de la función que les corresponde.

Si el organismo fue capaz de resistir la agresión traumática, ¿por qué no ha de ser posible mantener la vida con los medios que la ciencia nos ofrece?

Salvo en aquellas lesiones incompatibles con la vida —como muchas lesiones cerebrales medulares, etc.—, las demás pueden ser tratadas y curadas por complejas y graves que sean. La ciencia dispone, en la gran mayoría de los casos, de los medios necesarios para defender la vida de los infortunados que, en un instante imprevisto, sorpresivo, insospechado, pasan del estado de salud más envidiable, al borde de la muerte.

Debemos actuar con la convicción de que el politraumatizado grave no debe morir, y que si tal cosa ocurre, puede ser en parte por culpa nuestra, por no actuar con la premura necesaria, por omitir exámenes, por no pedir una consulta, por hacer un tratamiento inadecuado o inoportuno, etc.

Puede ser también la consecuencia de la falta de medios de diagnóstico o de tratamiento, como ocurre a menudo en localidades del Interior. Pero ante esta situación, no debemos titubear en hacer el traslado inmediato a Centros mejor equipados y más organizados.

El traslado puede demandar menor tiempo que la búsqueda del transfusionista o el radiólogo de la localidad, y el factor tiempo es a menudo decisivo para la vida del paciente.

Si la práctica de las autopsias se realizara sistemáticamente, veríamos con sorpresa y con pesar, cuántas vidas podríamos salvar si se contara con condiciones ideales para el tratamiento del gran traumatizado.

No debemos aceptar, resignados, la muerte del traumatizado y tranquilizar nuestra conciencia con el pensamiento de que, las lesiones eran irreparables, que el traumatismo era demasiado violento, que nada o nadie le podía salvar la vida, etc. Por el contrario, debemos analizar detalladamente los acontecimientos, nuestro diagnóstico, nuestra conducta, nuestra actuación. Sólo

así, con este análisis crítico, bien meditado, sin temores y sin descargos, inspirados en un deseo de perfeccionamiento, podremos lograr una constante superación técnica que debe ser el ideal de todo médico que aúna al amor a su profesión el amor por sus semejantes.

Es preciso, además, que tengamos en cuenta que la muerte de un individuo no es sólo la desaparición de un ser vivo. En torno a su desaparición física surgen numerosos problemas en la esfera familiar y social, en el orden espiritual, moral o económico, que son mucho más graves y lamentables que la muerte misma del sujeto.

Por todo lo dicho, creo oportuno, antes de terminar, aprovechando esta circunstancia en que están reunidos gran parte de los técnicos que tienen bajo su responsabilidad el tratamiento del politraumatizado grave, hacer una solicitud a las autoridades competentes, con toda la fuerza de nuestra convicción y la elocuencia de la realidad que vivimos, para que, a la brevedad posible, se creen centros montados con los medios modernos que la ciencia nos ofrece y atendidos por técnicos especializados, para la asistencia correcta del politraumatizado grave.

Si esto se alcanzara, todo el esfuerzo que se ha volcado en esta Mesa Redonda estaría plenamente compensado, pues habríamos logrado dar un gran paso adelante en el camino para el progreso de la ciencia y del bienestar humano.