

EL POLITRAUMATIZADO GRAVE

Dres. FELIX A. PEREYRA, HUMBERTO FARAONI
y ENRIQUE TESTA

El tratamiento del politraumatizado grave es uno de los problemas más serios que deben afrontar los hospitales modernos. Prueba fehaciente de ello es la elevada morbimortalidad que señalan la mayoría de las estadísticas.

Varios son los factores que inciden: por un lado la gravedad y multiplicidad de las lesiones de los diversos órganos provocan complejos mecanismos fisiopatológicos que, sumando sus efectos, conducen a la muerte.

Por otra parte, el número de accidentes crece año a año, de manera tan vertiginosa que ha sobrepasado la capacidad de asistencia de los mismos.

Así en U. S. A., en el año 1962, los accidentes provocaron 97.000 muertos y 9.800.000 heridos, insumiendo entre gastos médicos, primas de seguros y jornales, pérdidas de 9.300.000.000 de dólares ("Public Health Service").

Es por eso que queremos felicitar al Comité Ejecutivo por su acierto en la elección de este tema de tanto interés y actualidad, no sólo para cirujanos generales sino también para aquellos encaminados en las distintas especialidades: Urología, Ortopedia, Neurocirugía, etc.

Como contribución al mismo, deseamos aportar la experiencia que hemos podido recoger en cuatro años en el Sector de Cuidado Intensivo del Servicio de Cirugía General del Instituto de Cirugía de la Provincia de Buenos Aires.

En cuatro años, del 1º de agosto de 1962 al 31 de julio de 1966, se internaron 420 pacientes politraumatizados, de los cuales fallecieron 51, o sea, un 12% del total. Excluimos de esta estadística las heridas provocadas por arma blanca o de fuego.

La mayor parte de estos pacientes presentaban por lo menos una fractura ósea, habitualmente de miembros o de cráneo, pero a pesar de que en nuestro hospital existen Servicios de Traumatología y de Neurocirugía, se prefirió su internación en el Sector de Cuidado Intensivo por agravarse cuadro de hemorragia o de shock, o lesiones de órganos torácicos o abdominales.

Así pudimos observar:

Traumatismos de cráneo	94
Traumatismos de tórax	37
Traumatismos de abdomen	79

Distribución:

Bazo	28
Hígado	17
Riñón	6
Intestino delgado	7
Mesenterio	3
Sigmoide	1
Vejiga	6
Bazo y riñón	1
Bazo, riñón y páncreas	1
Bazo y vejiga	2
Hematomas retroperitoneales rotos en cavidad	7

No consideramos en detalle el tratamiento de estos pacientes, pero sí queremos señalar algunos puntos que en nuestra experiencia han sido de valor.

1) El examen clínico del paciente debe ser completo de pies a cabeza, no dejando de investigar, con los medios de que se disponga, ningún órgano o aparato. No es infrecuente que los síntomas de grandes fracturas hagan que pasen desapercibidas lesiones de otros órganos (columna, abdomen, vejiga, etc.). No se debe escatimar el estudio radiográfico, haciendo casi de rutina radiografía de tórax y pelvis, y de otra región dolorosa o con hematomas.

2) No realizar anestesia general para reducir una fractura o tratar una herida hasta no tener la seguridad de que no existe lesión de órgano intraabdominal. Hemos tenido ocasión de observar rotura de bazo o vejiga diagnosticada dos o tres días después del correcto tratamiento de una fractura de miembro.

3) En los casos graves creemos necesario asegurar una buena vía para las transfusiones mediante un catéter introducido en la vena axilar o subclavia por punción o disección de la vena cefálica o basilica. Por el peligro de flebitis evitamos la utilización del miembro inferior y, de hacerlo, empleamos la vena safena en la ingle, tratando de conservar una por si es necesario realizar una diálisis.

4) La cantidad de sangre a inyectar en el shock oligohémico, debe ser igual o superior a la que presumiblemente se ha perdido. Si bien es peligroso inyectar en exceso por el peligro de sobrecarga cardíaca, lo habitual es que se subestime la sangre

que infiltra los planos musculares y subcutáneo. En el control del volumen de líquidos necesarios, creemos de valor la medida de la presión venosa central y del volumen urinario horario.

5) En individuos inconscientes o con traumatismos torácicos graves, la traqueotomía debe ser de rigor. En esta serie la hemos utilizado en 37 ocasiones. La disminución del espacio muerto y la facilidad para la aspiración de secreciones, ha cambiado el pronóstico de estos pacientes.

6) La punción abdominal es un recurso eficaz en el diagnóstico de las contusiones viscerales intraabdominales. Si bien una punción negativa no excluye la lesión, la positividad de ella certifica la existencia de la misma.

7) En los traumatismos de hígado el tratamiento se reduce a la limpieza y drenaje del foco, y hemostasia mediante sutura y taponamiento con esponjas reabsorbibles. Estas medidas pueden ser completadas con la decompresión del colédoco mediante tubo de Kehr. Se debe evitar el taponamiento con gasas exteriorizadas por la incisión operatoria, ya que hemos observado hemorragias masivas al extraer las mismas.

8) Los traumatismos de riñón rara vez requieren tratamiento quirúrgico de urgencia, permitiendo en general el estudio urográfico del riñón lesionado, que servirá además para confirmar la existencia de otro riñón funcionante.

9) En las heridas contusas de colon y recto estimamos imprescindible la confección de un ano contra natura proximal y la sutura de la lesión. Cuando ésta está localizada en la porción extraperitoneal del recto, es conveniente el drenaje perineal de la misma.

COMENTARIO

Dr. GARCIA CAPURRO. - El Dr. Pereyra nos trae una muy valiosa experiencia del Instituto de Cirugía de la Provincia de Buenos Aires. Tienen en estos cuatro años un número de casos muy importante. Estoy de acuerdo en cuanto a la ubicación de los enfermos que deben estar ocupando en el hospital, no uno de los servicios especializados, ya sea fracturas, cráneo, etc., puesto que es fácil que en esas condiciones el enfermo sea desatendido de algunas de sus lesiones. Me voy a permitir, reforzando un poco las cosas que nos ha traído el Dr. Pereyra, exponer mi manera de ver en cuanto a la atención del politraumatizado. El politraumatizado (y voy a hablar desde su entrada en el hospital) debe ser recibido en el hospital como un enfermo completamente diferente de los otros; el médico de guardia debe verlo en la ambulancia o inmediatamente bajado de la misma; es un enfermo que no debe ir a la cama, la cama es extraordinariamente perjudicial para el politraumatizado, tanto antes de ir al cuarto de operaciones como después de haber salido del mismo. El enfermo

que entra al edificio, debe ser llevado a una sección inmediatamente anexa al cuarto de operaciones, donde se le pueda hacer la primera limpieza y comenzar el estudio y tratamiento; una vez hecha esta primer limpieza del hombre que viene de la calle, debe ponerse entonces en una sala de operaciones grande y aunque en cierto modo los principios del cuarto de operaciones (limpieza, esterilización, etc.), pudieran ser violados un poco, no hay más remedio que llevarlo allí; allí es donde el enfermo va a poder recibir desde un comienzo el máximo de atención. Tres personas precisan estar al lado del enfermo en ese momento y el primero es una persona que se ocupe de la respiración, es el anestesista generalmente, pero es un anestesista que tiene que tener una preparación especial; después está un médico que da el tratamiento de shock, transfusionista, pero capaz de dirigir todo lo que necesite de infusiones el enfermo; y un cirujano general que entrará a atender las cosas principales, las más urgentes que pudiera exigir ese enfermo en el momento. Desde el momento que entra el enfermo, va siendo estudiado y tratado al mismo tiempo, y este período de estudio y de tratamientos se prolonga, dirigido por ese team de sostén de las tres personas que he nombrado, que desde un comienzo empiezan a llamar a todos los equipos de las diferentes especialidades (cerebro, tórax, riñón, huesos, etc.), que van entrando a trabajar bajo las órdenes de estos tres que son los que indicarán cuándo y cómo se pueden ir haciendo las cosas que el enfermo precisa. De esta manera, se irán realizando todas las cosas posibles hasta que el enfermo recupere su equilibrio en una forma bastante estable, antes de sacarlo del cuarto de operaciones; por bien organizado que esté un Servicio de recuperación, yo no creo que alcance nunca a darle una cuarta parte de la atención y sostén que se le puede dar al enfermo en el mismo cuarto de operaciones, con los diferentes teams de las distintas especialidades de cirujanos que lo están rodeando. Esto puede llevar mucho rato porque a veces no se puede seguir trabajando, hay que parar y esperar que lo levante; de 4 a 8 horas puede ser que el enfermo tuviera que estar en el cuarto de operaciones, pero no debe ir a la cama, que ya dije que para mí es una mala palabra en estos enfermos, puesto que la atención que se le presta decae inmediatamente; quedará en manos de un muy buen médico, pero será uno y no diez como precisa tener al lado un enfermo de éstos para la recuperación. Bueno, yo estoy seguro de que el Dr. Pereyra estará de acuerdo con estas cosas; él habló un poco en general, yo quería referirme y reforzar simplemente las ideas generales que deben tenerse en un hospital con respecto a ese tratamiento.

En cuanto a las punciones abdominales, me parecen muy útiles, pero en realidad (como yo lo tengo al enfermo mucho rato en el cuarto de operaciones) prefiero, si puedo, hacer laparotomía; queda más tranquilo, más contento, haciendo uno o varios tajos para poder ver realmente qué es lo que está pasando.

Es lo que quería comentar y muchas gracias por la muy buena y abundante colaboración; estoy seguro que el Dr. Pereyra, con esa experiencia que nos trae, tiene que estar mucho más adelante de lo que puedo estar yo, que tengo una experiencia relativamente chica en los grandes traumatizados.

Los autores de este trabajo, Dres. Pereyra, Faraoni y Testa, nos traen la importante experiencia del Instituto de Cirugía de la Provincia de Buenos Aires.

Estoy de acuerdo que estos enfermos tienen que ser atendidos en un comienzo en un servicio de tratamiento intensivo. Si pasan a un servicio especializado, corren riesgo que pasen desapercibidos o dejados para más adelante otras lesiones. Todas las lesiones, si es posible, deben ser tratadas al mismo tiempo.

Segundo: al hablar del estudio del gran accidentado, diría que no debe ser puesto en una cama, debe entrar directamente a una pieza auxiliar al cuarto de operaciones, donde debe hacerse un primer estudio, pero luego debe proseguirse el estudio juntamente con el tratamiento en el cuarto de operaciones, donde creo debe quedar mucho tiempo rodeado por los quipos de sostén y de diversos equipos quirúrgicos.

Aun en el mejor servicio de tratamiento intensivo, no se llega a la capacidad de ayuda al enfermo que tenemos en el cuarto de operaciones.

Sólo debe salir de éste cuando el enfermo esté equilibrado y se hayan agotado todos los estudios que creemos puedan ser necesarios. Esto lleva a veces muchas horas.

Totalmente de acuerdo con lo dicho sobre traqueotomía, transfusión, presión venosa, etc.

Cuando sospecho lesión intrabdominal, estando en sala de operaciones, prefiero una pequeña laparotomía a la punción abdominal.

Termino agradeciendo a los autores por el aporte de una experiencia tan valiosa.