CURSO DE POLITRAUMATIZADOS:

SU MANEJO Y TRATAMIENTO

EL POLITRAUMATIZADO:

CONCEPTO, ETIOLOGÍA Y PROBLEMÁTICA



Dr. Antonio PIÑERO GÁLVEZ
Consultor de Traumatología.
Hospital FREMAP. Sevilla

CONCEPTO

Con el nombre de **Politraumatizado**, Traumatizado grave en el sistema anglosajón, etc..., se denomina a aquel paciente que presenta, al menos, dos lesiones graves, causadas en el mismo proceso traumático, siendo una de ellas de riesgo vital.

En nuestro concepto de **Politraumatizado** no incluimos otro tipo de paciente, el polifracturado que aunque tenga también un cierto riesgo vital a consecuencia del shock que puede presentar, pero que no afecta a órganos vitales, aunque repetimos pueda originar un cuadro que afecte a un sistema que puede poner en peligro su vida.

ETIOLOGÍA

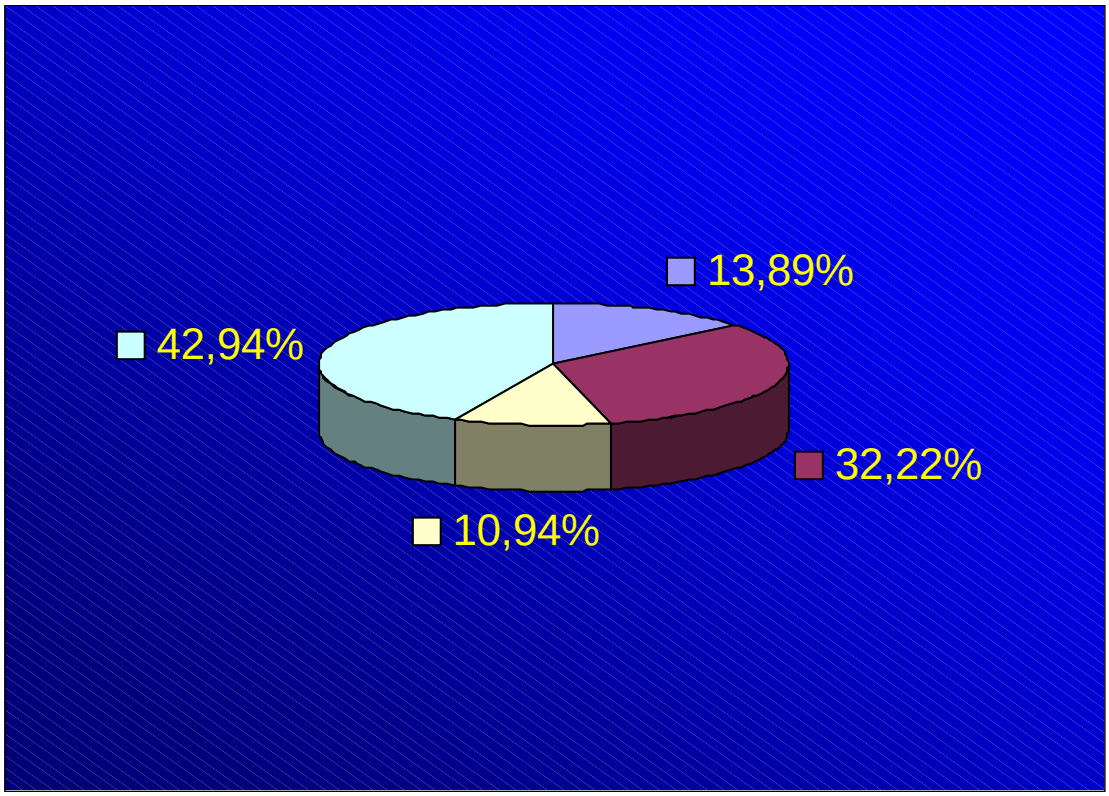
Los traumatismos han sido algo inherente al hombre a lo largo de la historia de la humanidad, pero es en la actualidad con la dinámica de la vida moderna, complejidad de trabajos y multiplicidad de medios de locomoción cuando ha llegado a superar a otras patologías como causa de muerte sobre todo en la capa de población más joven.

En general, los traumatismos representan entre el 30 y el 40% de las urgencias de un Hospital de 3er nivel y sus consecuencias en el terreno económico son fáciles de deducir.

La gravedad de las lesiones que puede presentar un **politraumatizado** impone la realidad de mantener unas estructuras extraordinariamente complejas y a la formación de un personal súper especializado en cuanto a formación para poder asistir con el máximo de garantías a estos pacientes.

En el año 1966 se crearon simultáneamente dos Centros en Chicago y San Francisco, primeros en el tratamiento de estos pacientes y tres años después el Dr. R. A. Cowley creó el primer sistema estatal en el estado de Maryland. A partir de aquí se han creado variadas asociaciones que han ido remodelando y formando esto complejos equipos asistenciales. Hoy, todo Hospital de 3er nivel debe tener un equipo coordinado y entrenado de presencia física permanente, capaz de dar cobertura a estos pacientes con el máximo de garantías, no sólo en lo cualitativo sino también en lo cuantitativo, para ello han de tener entrenado y preparado un plan de catástrofes de posible e inmediata aplicación en caso de necesidad.

Las implicaciones socio-económicas de la asistencia al **Politraumatizado** son muy importantes. En los EE.UU., el coste de las asistencias a estos pacientes viene a representar una cantidad próxima a los 150 billones USA de dólares.



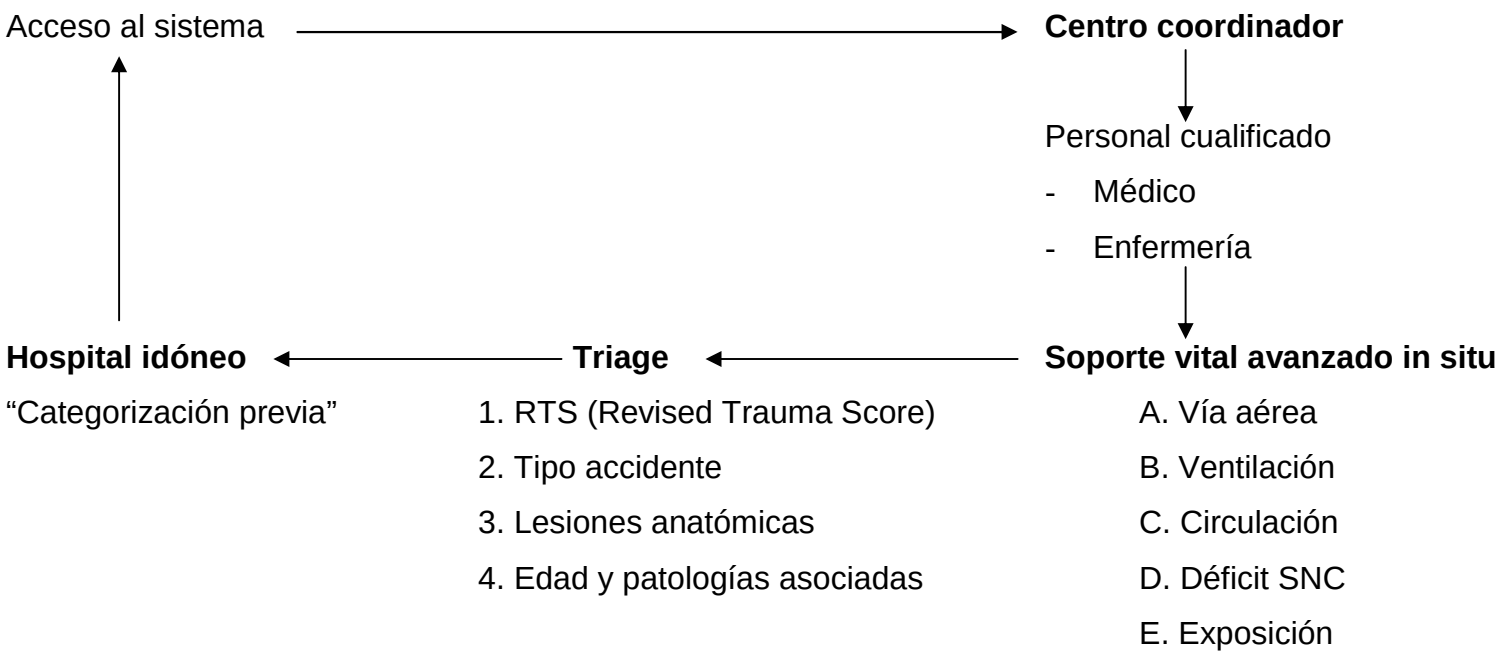
La formación de personal súper especializado, desde personal sanitario hasta superespecialista implica más estructuras perfectamente organizadas que puedan permitir para cualquier paciente y en cualquier sitio:

1. Acceso al tratamiento.
2. Cuidados prehospitalarios.
3. Cuidados hospitalarios.
4. Rehabilitación de los pacientes.

Es lógico que la complejidad de estas estructuras lleven implícita la participación y colaboración de la población asistible, autoridades, posibilidades económicas y personal de todos los niveles.

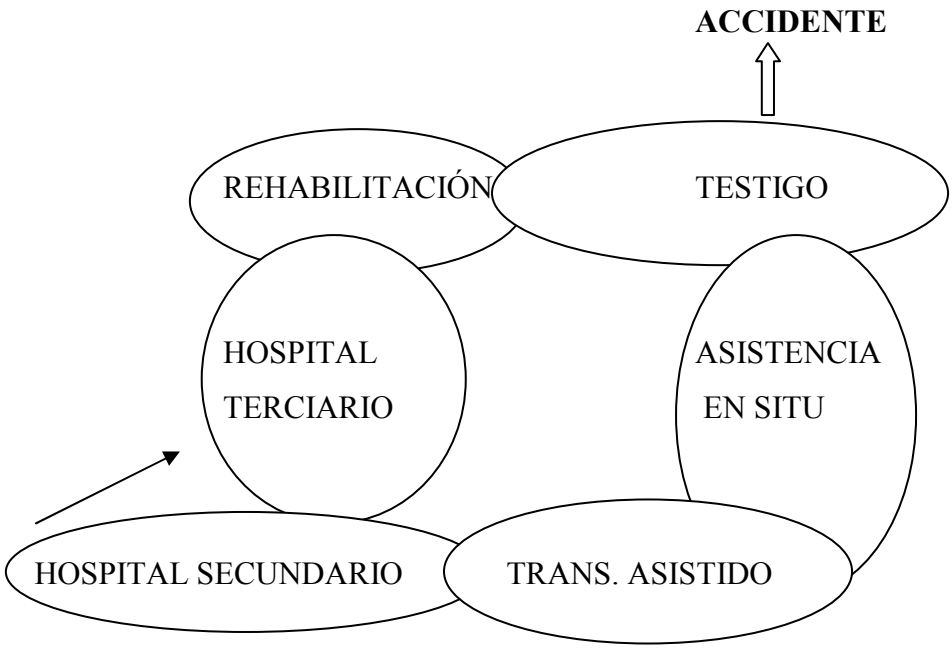
El circuito a recorrer por los pacientes debe ser lo más corto posible en el espacio y en el tiempo, por ello ha de haber disponible una flota variada de vehículos, aéreos, terrestres e incluso navales, capaces de trasladar a los pacientes del lugar del accidente al centro especializado en el menor tiempo posible.

TABLA I. Esquema organizativo de la asistencia extrahospitalaria



En la asistencia al politraumatizado debe funcionar una cadena de socorro en la que el primer eslabón es el ciudadano testigo del accidente y debe funcionar como una cadena perfecta, sin que falte ningún eslabón, ya que si se altera o interrumpe alguno de los pasos, el fin para el que ha sido diseñada nunca se realizará.

En el siguiente esquema está gráficamente descrita la cadena de asistencia.



El fin primordial de esta cadena es el trasladar al “paciente idóneo, de la forma más correcta y en el menor tiempo posible el Hospital más idóneo (no a cualquier centro) para recibir el tratamiento idóneo”. Por todo esto, el equipo asistencial ha de saber catalogar al lesionado (TRIAGE) para derivarlo al Hospital más próximo y que cuente con los medios para su asistencia.



Para todo esto los hospitales han de estar correctamente identificados y el equipo de emergencia asistencial ser consciente de la dotación de cada uno de ellos.

En nuestra Comunidad Autónoma y en general en nuestro país los Hospitales se catalogan en tres niveles, dependiendo de la cualificación del personal, su superespecialización y los medios disponibles tanto materiales como humanos que ponga a disposición de los pacientes.

TABLA II. Categorización de los hospitales.
Según el nivel del hospital receptor hablaremos de tres niveles:

Nivel 1:

- Servicio regional de traumatología.
- Dotación de recursos, personal 24 horas.
- Cuidado continuo. Reanimación.
- Programa de residentes.



Nivel 2:

- Servicio comarcal.
- Sin presencia física de especialistas necesarios para tratar politraumatizados.



Nivel 3:

- Servicio local de traumatología.
- Sin equipo de guardia específico de politraumatizados.



PROBLEMÁTICA

De la importancia en el tratamiento de estos pacientes politraumatizados y de su volumen en el contexto de la población general nos dan idea los siguientes datos relacionados con los traumatismos:

- 60 millones de habitantes precisan algún tipo de cuidado.
- 30 millones precisan asistencia médica por trauma.
- 6 millones precisan de tratamiento en el Hospital.
- 3 millones de traumatizados quedan con secuela.

Hay pues una serie de factores sociales implícitos en el tratamiento del politraumatizado en especial y el trauma en general:

1. Prevención
2. Educación
3. Organización
4. Disponibilidad de recursos económicos.

Son estructuras extraordinariamente complejas que precisan de la interrelación a varios niveles de autoridades, administración, profesionales a distintos niveles, correctamente entrenados, para asistir a una población lo más preparada desde el punto de vista preventivo y que sea consciente de que esta educación sanitaria es un eslabón importante de la cadena, para ser lo más eficaz y eficiente posible.

“ Todo médico que atienda un trauma mayor debe tener un plan de actuación sistemático si queremos tratar cada una de las lesiones de la mejor manera posible y siempre pensar en lo peor ignorando lo obvio aunque sea lo más impresionante”.

TRUNKEY

Referencias:

1. American College of Súrgenos Committee on trauma. Advancetrauma life support course for physicians, instructor manual. Chicago. American College of Surgeons, 1984.

2. Baker C.C., Openheimer L. Stephens B. Lewis F.R. Trunkey D.D. Epidemiology of trauma deaths. Am. J. Surg. 1980;140.144-50.

3. Blaisdell F.W. Trunkey D.D. Cervicothoracic trauma. Vol. 3 New York; Thieme 1986;310-1.

4. Charlton O.P. Gehweiler J.A. Martinez S. Roentgenographic evaluation of cervical spine trauma. J.A.M.A. 1979;242. 1073-5.

5. DELAGE B., TULASNE P.A. et KEMPF I. –politraumatysés.- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Appareil locomoteur, 14033 A_{10}, 15 p.

6. Frey C.F., Huelke D.F., Gikas P.W. Resucitation and survival in motor vehicular accidents. J. Trauma 1969; 9: 292-310.

7. Gervin A.S., Fischer R.P. The importance of prompt transport of salvage of patients with penetratings Hearts wounds. J. Trauma. 1982;22;443-8.

8. Hood R.M. Techniques in general thoracic surgery. Philadelphia: Saunders, 1985:40.

9. Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. Bull Am. Coll. Surg. 1983:71:4-23.

10. Injury in America: A continuing public health problem. Washington, D.C. National Academy Press. 1985.

11. Iserson K.V. Blind nasotracheal intubation. Ann Emerg. Med. 1981;10;468-71.

12. McGill J. Clinton J.E. Ruiz E. Cricothyrotomy in the emergency departament. Ann. Emerg. Med. 1982;11:361-4.

13. McSwain G.R. Garrison W.B. Artz C.P. Evaluation of resucitation from cardiopulmonary arrest by paramedics. Ann. Emerg. Med. 1980;9:341-5.

14. McSwain N.E. Jr. Cervical collars do they work? EMT J 1981; Aug.: 243.

15. McSwain N.E. Pneumatic trousers and the management of shock. J. Trauma 1977;17:719-24.

16. Otteni J.C. Le politraumatisé. Collection d´anesthésiolgie et de réanimation. Masson, Paris B10.337-1990.

17. Root H.D. Houser C.W.McKinley C.R. LaFave J.W. Mendiola R.P. Diagnostic peritoneal lavage. Surgery 1965 ;57-633-7.

18. Shires G.T. Canizzaro P.C. Fluid resscitation in the severely injured. Surg. Clin. North Am. 1973;53.1341-66.

19. Shires G.T. Carrico C.J. Canizzaro P.C. Shock in Major problems in clinical surgery. Vol. 13. Phiadelphia. Saunders 1973.

20. Sirinek K.R. Gaskill H.V. 3d, Dittman W.I., Levine B.A. Exclusion angiography for patients with possible vascuklar injuries of the extremies-a better use of trauma center resources. Surgery 1983;94:598-603.

21. Snyder W.H. 3d, Thal E.R., Bridges R.A. Gerlock A.J. Perry M. O. Fry W.J. The validity of normal arteriografy in penetrating trauma. Arch Surg. 1978;113:426-6.

22. Triginer C. Politraumatizados, Avances en cuidados intensivos. E. A. Artigas B-41.628- Barcelona 1992.

Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

Mesa Redonda sobre Actualizaciones sobre el concepto y Tratamiento del Politraumatizado

"Traumatismos Tóraco abdominales en el contexto del Politraumatizado"

Fernando López Vizcaya

Académico Correspondiente

Se define el Politraumatizado como el paciente que ha sufrido un traumatismo violento, con compromiso de más de un sistema o aparato orgánico y a consecuencia de ello tiene riesgo de vida.

No hay duda de que en el mundo en que vivimos, el politraumatizado constituye uno de los problemas de más envergadura en los Servicios de urgencias de cualquier hospital. Y dentro de las lesiones posibles, las toraco abdominales son causa de las complicaciones más graves. En la siguiente tabla, se exponen los picos de mortalidad en los politraumatismos.

Tabla I. Causas de muerte en el politraumatizado

- Primer pico
  laceraciones cerebrales, **lesiones en grandes vasos y corazón** y lesiones espinales altas
- Segundo pico
  "hora de oro". hematomas epidurales y subdurales, **hemoneumotórax, rotura esplénica, laceración hepática, fracturas pélvicas y otras**
- Tercer pico
  sepsis o **fallo multiorgánico**

Y se expone claramente la alta incidencia que las lesiones toraco abdominales tienen en las complicaciones fatales de los politraumatizados.

Son muchas las especialidades que se enfrentan a ésta grave entidad. Nosotros, tenemos ante ella una doble afinidad e interés. Por un lado, como cirujanos ortopédicos tratamos estos traumatismos en su contexto esquelético, con plena conciencia y consideración de la posibilidad de lesiones de las partes blandas. Pero por otro, fuimos educados en la Patología Quirúrgica como un todo unitario, tenemos tambien la especialidad de Cirugía General, y los traumatismos abdominales fueron objeto de dedicación hace años, surgiendo de ello, varios trabajos de investigación, publicaciones y ponencias, y durante muchos años, trabajamos como Cirujano. Creo que ello puede justificar el que, un Especialista en Cirugía Ortopédica, se esté ocupando de este tema.

Vamos a distribuir la exposición ocupándonos primero de la parte torácica y después de la abdominal y conjuntos, y en todos los casos, por vicio profesional haremos hincapié en aquellas lesiones esqueléticas que con frecuencia se asocian a las orgánicas.

Traumatismos torácicos

Sus características epidemiológicas más relevantes pueden verse en la Tabla ll.

Tabla ll. Epidemiología de los Traumatismos Torácicos
Gran morbilidad y mortalidad 20-25% muertes por traumatismos 25% indirectamente Antes del traslado 10-15% tratamiento quirúrgico

Y sus asociaciones lesionales más frecuentes en la Tabla III

Tabla lll. Epidemiología: Asociaciones lesionales	
Fracturas múltiples	31%
Traumas abdominales	29%
Tr. cráneo-encefálicos	18%
Asociaciones intratorácicas	

En nuestro medio, las causas habituales de las lesiones torácicas son: (Tabla IV)

TablaIV. Etiología	
Tráfico	(80-85%)
Caídas	(10-15%)
Accidentes laborales,agresiones, accidentes deportivos, etc.	(5%)

Los Traumatismos torácicos se clasifican, clásicamente en abiertos y cerrados, y tambien en torácicos puros y politraumatismos, atendiendo a la comunicación exterior y las asociaciones respectivamente

Los traumatismos abiertos suponen un 7-8% de los traumas torácicos y sus causas suelen ser las heridas por arma de fuego, y por arma blanca, y en menor grado, por otras. En realidad, en Europa no son tan frecuentes como en otros paises, en los que el uso de armas generalizado, o las altas tasas de inseguridad disparan los porcentajes de heridas penetrantes en el tórax.
No corresponde a este tipo de mesa, hacer un desarrollo prolijo de la clínica, fisiopatología y terapéutica de los traumatismos abiertos torácicos, pero sí haremos las siguientes consideraciones.

Los principios básicos del tratamiento, son:

- Cierre de la herida
- Drenaje torácico

Sabiendo que el cierre exige una cierta seguridad en que no existe una lesión importante en activo. En este punto, se consideran como indicaciones de la toracotomía exploratoria y terapéutica, las que se exponen en la Tabla V.

TablaV. Indicaciones de la Toracotomía
>1500 cc sangrado inicial
>250 cc/h
Inestabilidad hemodinámica
Hemotorax
Lesiones cardíacas y vasos
Lesiones traqueales y bronquiales
Lesiones esofágicas
Taponamiento cardíaco

Los traumatismos cerrados constituyen en nuestro país, más del 90% de los traumas torácicos. Pueden interesar a la pared torácica, a los órganos internos y a ambos. Sin embargo, aunque en el caso de una contusión directa, el daño parietal es obligado y previo al orgánico, el contenido torácico puede afectarse independientemente por mecanismos de desaceleración, y de cambios de presión intratorácica (blast injury), lo que, en principio, complica la celeridad en el diagnóstico.
Desde el punto de vista lesional, las localizaciones y tipos de daños, pueden objetivarse en la tabla VI

Tabla VI. Cuadros Lesionales	
Localización de las lesiones	**Tipos de lesiones**
Lesiones de partes blandas	Heridas, laceraciones y hematomas de la pared torácica
Parilla costal y esternal	Fracturas y fisuras costales, esternales y claviculares
Lesiones de la pleura	Hemotórax y neumotórax
Lesiones del parénquima pulmonar	Contusión y rotura pulmonar, traqueal y de grandes bronquios
Lesiones cardiovasculares	Contusión y rotura cardiaca y de grandes vasos
Lesiones diafragmáticas y esofágicas	Contusión y rotura diafragmática

En cuanto a las fracturas costales, es un signo de advertencia sobre posibles lesiones orgánicas. En las superiores, descartaremos daño en los vasos, en las medias las pleurales y funcionales, y en las flotantes la afectación de hígado o bazo. No podemos soslayar la gravedad de la lesion costal doble, con el volet castal correspondiente, ni tampoco las lesiones cardíacas tras las roturas esternales, lesiones que, con accidentes de alta energía y cinturón de seguridad, se ven con mayor frecuencia.

La clínica de los traumatismos y fracturas de la caja torácica se resumen en el siguiente cuadro:

Sintomatología	Exploración física
°Dolor torácico de tipo pleurític o e intenso °Tos °Dificultad para toser e inspirar profundamente debido al dolor °Posible disnea	°La auscultación pueden ser normal o pueden oírse chasquidos con los movimientos de la pared torácica °Puede haber acumulación de secreciones traqueobronquiales secundariamente º Insuficiencia respiratoria (volet)
¡¡¡ATENCIÖN!!!	Las lesiones asociadas...

Las posibilidades en las lesiones pleuropulmonares, son

Neumotorax traumático
Hemotorax traumático
Contusión pulmonar
Laceración pulmonar
Lesiones esofágicas

La clínica y el tratamiento del neumotórax traumático, se exponen en los dos siguientes cuadros:

Sintomatología	Exploración física
°Dolor torácico de tipo pleurítico e intenso °Disnea súbita con rápida evolución hacia la insuficiencia respiratoria aguda	º Es frecuente el enfisema subcutáneo asociado °La auscultación revela hipofonesis °La percusión demuestra timpanismo
º RX:línea de separación paralela a la pared torácica	º neumotórax a tensión

Tratamiento

inferiores al 10%: reposo y ver la evolución radiológica.	Superiores al 10%: realizar drenaje torácico y dejar colocado un tubo intrapleural

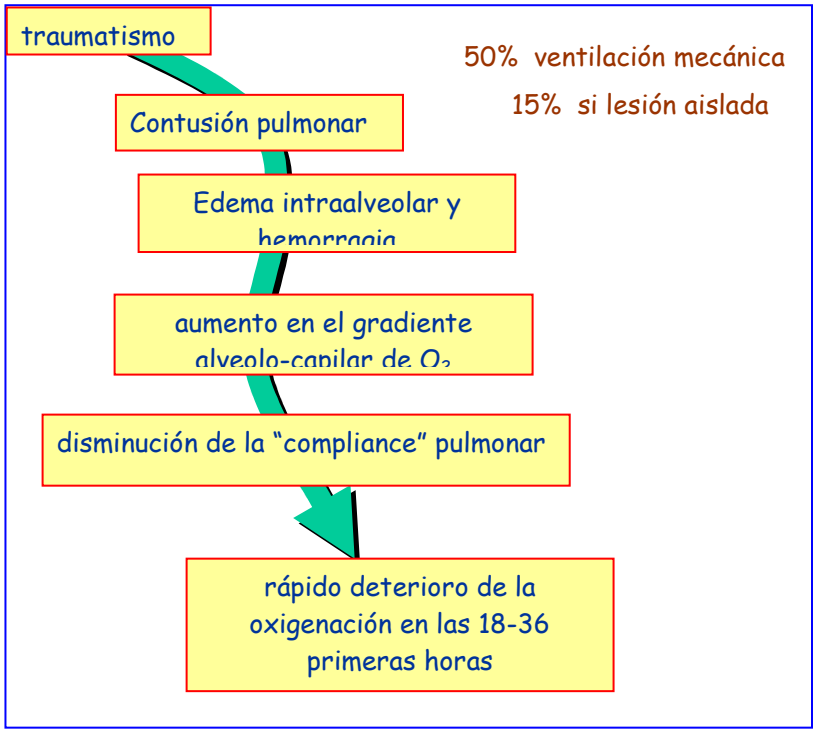
Cuando la lesión es un hemotórax, los datos clínicos principales son:

Sintomatología	Exploración física
°Dolor torácico de ti po pleurítico e intenso °Cuando es de gran volumen puede haber disnea con posible evolución hacia la insuficiencia respiratoria aguda	°La auscultación revela hipofonesis °La percusión demuestra matidez

Y el tratamiento genérico:

inferiores a 300 ml: reposo y ver la evolución radiológica.
más de 500 ml: realizar drenaje torácico y dejar colocado un tubo intrapleural
gran volumen: más 2500 ml y/o que después de ser evacuados producen más de 100 ml/h de líquido hemático: tratamiento quirúrgico por toracotomía.

En el cuadro siguiente, podemos ver el esquema fisiopatológico del deterioro funcional pulmonar en los traumatismos cerrados



De mayor gravedad son las lesiones pericárdicas, miocárdicas, de los grandes vasos, y mucho más evidente la clínica.

Otra entidad cuya lesion es importante, y hoy es la puerta que nos traslada al otro compartimento que ocupa nuestra exposición es la Rotura Diafragmática, cuyas características más señaladas son:

- traumatismo penetrante
- 4% traumatismos cerrados
- lesiones asociadas
- zona posterior hemidiafragma izquierdo
- Vísceras huecas abdominales
- Reparación quirúrgica precoz
- Laparotomía o toracotomía

Con lo que continuamos con los

Traumatismos Abdominales.

Constituyen en conjunto otra importantísima entidad en el contexto del politraumatizado. Podemos decir, de forma genérica que, ante un trauma abdominal hay que considerar los siguientes puntos:

- Todo paciente con traumatismo abdominal puede presentar lesiones múltiples
- Debe ser considerado como un paciente politraumatizado
- 1/3: exámen fisico inicial anodino
- comportamiento impredecible
- Desestabilización
- Conocer el mecanismo lesional

Los traumatismos abdominales constituyen uno de los traumatismos más frecuentes que precisan ingreso en un centro hospitalario, y se estima que 1 de cada 10 ingresos por traumatismo en los servicios de urgencias de un hospital es abdominal. Se asocian así mismo a fracturas múltiples, traumatismos torácicos, craneo encefálicos, graves lesiones pélvicas y lesiones vasculares, y se puede

afirmar que los traumatismos abdominales son la causa más frecuente de muerte evitable en trauma.

Como los torácicos, tambien se clasifican en abiertos y cerrados, o en penetrantes y no penetrantes, y en su etiopatogenia distinguimos:

- **Etiología abiertos**
  - **Arma blanca 20-30%**
  - **Arma de fuego 80-90%**

- **Etiología cerrados**
  - **Tráfico**
  - **Trabajo**
  - **Domésticos**
  - **deportivos**

Los órganos más frecuentemente lesionados son:

Bazo	**25 %**
Hígado	**20 %**
Riñón	**15 %**
Colón	**12 %**
Intestino delgado	**10 %**
Diafragma	**5%**

Hay que reseñar que el objetivo principal es evidenciar o descartar lesiones de riesgo vital y preservar la vida del paciente, y que siempre debe ser considerado como traumatismo grave. Para ello, es importante tener en cuenta la Observación permanente, La evolución de los signos clínicos, y la expectación Armada, como manera de abordar los problemas que estos traumatismos nos plantean.

Como conclusión. Debemos considerar a los traumatismos torácicos y abdominales, como entidades

- Muy prevalentes
- Muy Graves
- Muy determinante de procesos

- Que exigen atención continua
- Y actuaciones multidisciplinarias

Y que sólo de una clara comprensión de lo que son, de una abierta colaboración institucional entre las diferentes disciplinas que intervienen, de una perfecta preparación y de un correcto y coherente proceder, puede surgir un enfoque clínico y terapéutico que contribuya a mejorar el tratamiento de esta difícil y complicada entidad nosológica.

TABLAS

Recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanosmétodo del ABC. **Evaluación Secundaria**
A. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, con control cervical. **B. Asegurar una correcta ventilación / oxigenación.** **Descartar neumotórax a tensión, abierto, hemotórax masivo.** **Valorar la necesidad de soporte ventilatorio.** **C. Control de la circulación.** **Detener la hemorragia externa.** **Identificación y tratamiento del shock.** **Identificación de hemorragia interna** **Monitorización ECG estable.** **D. Breve valoración neurológica.** **E. Desnudar completamente al paciente, controlando el ambiente** **F Valoración clínica del estado de shock**

Evaluación Secundaria

Obtención de información, a partir del propio paciente, de sus familiares y de los profesionales que han llevado a cabo la atención prehospitalaria.

1/ Mecanismo de producción del traumatismo:

a) En traumatismos cerrados es importante el tipo de impacto, daño del vehículo, uso de sistemas de seguridad, el estado de otras víctimas...

b) Para las heridas penetrantes, puede ser útil una descripción del arma y de la cantidad de sangre perdida en el lugar del hecho.

2/ Tiempo de evolución desde el trauma hasta la recepción del paciente en el centro hospitalario.

3/ Antecedentes personales: alergias, patologías previas, medicación habitual, cirugía previa, ingesta de drogas...

4/ Maniobras realizadas por los profesionales de la atención prehospitalaria: volumen infundido, vías canalizadas, necesidad de resucitación cardiopulmonar..., y respuesta a estas maniobras

Criterios de punción lavado peritoneal positivo

1. **Aspiración de más de 10 cc. de sangre macroscópica.**
2. **Recuento de hematíes mayor de 100.000/mm3.**
3. **Recuento de leucocitos mayor de 500/mm3.**
4. **Amilasa mayor de 20 UI / litro.**
5. **Presencia de bacterias o bilis.**
6. **Salida de líquido de lavado por la sonda vesical o por un tubo de toracocentesis**

Criterios de laparotomía en los traumatismos abdominales abiertos por arma blanca

1.- Shock o TA sistólica menor de 90 mm. de Hg. pese a medidas de reanimación (Infusión de 3 litros de cristaloides en un tiempo de una hora o menos)
2.- Hemorragia incontrolada por la herida.
3.- Hemorragia digestiva alta o baja.
4.- Neumoperitoneo.
5.- Evisceración de estructuras abdominales por la herida, ya sean vísceras macizas, asas intestinales o epiplon.
6.- Signos de irritación peritoneal, definidos por la presencia de uno o mas de los siguientes signos:
Ausencia de ruidos abdominales;
Defensa a la palpación abdominal;
Blumberg positivo.

Halla
zgos

Asociación hallazgos radiológicos y lesiones abdominales	
Hallazgos radiológicos	lesiones asociadas en
Fracturas de costillas bajas Lesiones vertebrales dorsales bajas fracturas vértebras lumbares fracturas del anillo pélvico	hígado y/o bazo páncreas, intestino delgado riñones vejiga, recto, vasos retroperitoneales, genitales internos en la mujer



ACTUALIZACIONES SOBRE EL CONCEPTO Y EL TRATAMIENTO DEL POLITRAUMATIZADO

(15 de Noviembre de 2007)

PSICOPATOLOGÍA DEL POSTRAUMATIZADO

Siempre expresada según:

a) la personalidad del paciente,

b) sus circunstancias personales,

c) su estado emocional previo, y

d) la ayuda que reciba

INMEDIATA:

A.- CON afectación cerebral
B.- SIN afectación cerebral

DEMORADA:

A.- CON secuelas
B.- SIN secuelas

INMEDIATA:

A.- CON afectación cerebral

1º.- Síndrome postconmocional

B.- SIN afectación cerebral

DEMORADA

1º.-Traumatismos craneales no muy graves

2º.-Ausencia de síntomas neurológicos

3º.- Mas que cuadros emocionales existen fenómenos y síntomas neurofisiológicos poco significativos:

1º.-Traumatismos craneales no muy graves
2º.- Ausencia de síntomas neurológicos
3º.- Mas que un cuadro emocional existen fenómenos y síntomas neurofisiológicos poco significativos:

- -Cefalalgias
- -Mareos
- -Fatiga
- -Problemas de concentración
- -Otros:
  - -Cambios de personalidad
  - -Irritabilidad
  - -Depresión
  - -Insomnio
  - -impotencia

INMEDIATA:

A.- CON afectación cerebral
1º.- Síndrome postconmocional

B.- SIN afectación cerebral

2º.- Reacción postimpacto

DEMORADA

REACCIÓN POSTIMPACTO

1.- ESTUPOR

"Espanto e inhibición del sujeto ante las situaciones nuevas e incomprensibles que está viviendo y que le paralizan".

El sujeto no reacciona ni busca soluciones a la situación.

SIGUE

REACCIÓN POSTIMPACTO 1.- ESTUPOR

2.- INCERTIDUMBRE

Ante la sensación de peligro inminente, desconocido e incierto, el sujeto está perplejo y sin saber qué salida elegir.

Junto al estupor da lugar a la "ansiedad confusional".

SIGUE

REACCIÓN POSTIMPACTO

1.- ESTUPOR

2 - INCERTIDUMBRE -

3.- AMENAZA

El sujeto experimenta un gran temor ante su posible destrucción por parte de un "peligro" que desconoce.

Motivo por el que actúa genéricamente de una forma defensiva.

INMEDIATA:

A.- CON afectación cerebral

1º.- Síndrome postconmocional

B.- SIN afectación cerebral

2º.- Reacción postimpacto

3º.- Trastorno de conversión (DSM-IV)

DEMORADA

A. Uno o más síntomas o déficits que afectan funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no es simulado, ni está producido intencionadamente

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

INMEDIATA:
A.- CON afectación cerebral
1º.- Síndrome postconmocional
B.- SIN afectación cerebral
2º.- Reacción postimpacto
3º.- Trastorno de conversión

DEMORADA:

A.- CON secuelas

4º.- trastorno adaptativo (DSM-IV)

B.- SIN secuelas

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

(1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante

(2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante
B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
(1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
(2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
(1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
(2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

- Con estado de ánimo depresivo
- Con ansiedad
- Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- Con trastornos del comportamiento
- Con alteración mixta de las emociones y el cpto.
- No especificado

INMEDIATA:

A.- CON afectación cerebral

1º.- Síndrome postconmocional

B.- SIN afectación cerebral

2º.- Reacción postimpacto

3º.- Trastorno de conversión

DEMORADA:

A.- CON secuelas

4º.- trastorno adaptativo

B.- SIN secuelas

5º.- Síndrome de estrés postraumático (DSM-IV)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático

B. Sufre reexperimentación

C. Desarrolla conductas de evitación

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación *(arousal)* ausentes antes del trauma

E. Estas alteraciones se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes cinco formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes cinco formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback, incluso los* que aparecen al despertar o al intoxicarse).

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes cinco formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback, incluso los* que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático

B. Reexperimentación

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes siete síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático

B. Reexperimentación

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes siete síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático
B. Reexperimentación
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes siete síntomas:
(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático
B. Reexperimentación
C. Evitación
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación *(arousal)* (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
(2) irritabilidad o ataques de ira
(3) dificultades para concentrarse
(4) hipervigilancia
(5) respuestas exageradas de sobresalto

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático
B. Reexperimentación
C. Evitación
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación *(arousal)*

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

INMEDIATA:
A.- CON afectación cerebral
1º.- Síndrome postconmocional
B.- SIN afectación cerebral
2º.- Reacción postimpacto
3º.- Trastorno de conversión

DEMORADA:

A.- CON secuelas
4º.- trastorno adaptativo

B.- SIN secuelas

5º.- Síndrome de estrés postraumático

6º.- Simulación

" Atribución consciente y deliberada, para una ventaja personal, de una incapacidad (real o inventada, total o parcial), a un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de ello"

Basado en Miller & Cartlidge (1974)

HABLAMOS DE:

¿Un problema de salud?

¿Un problema legal?

¿Un problema ético o moral?

TIPOS

SIMULACIÓN PURA

Fingimiento de un trastorno que no existe en el individuo

SIMULACIÓN PARCIAL

Exageración consciente de síntomas realmente presentes o afirmación de que sigue activo un problema que existió en el pasado.

Resnik (1997)

TIPOS

FALSA IMPUTACIÓN

Atribución de síntomas reales a otra causa

ENGAÑO INCONSCIENTE

Creencia sincera de que los síntomas se deben a una causa, cuando en realidad, objetivamente, se deben a otro motivo

Resnik (1997)

TIPOS

¿DISIMULACIÓN O SIMULACIÓN DE NORMALIDAD?

Ocultación o negación deliberada e interesada de síntomas, limitaciones o características peculiares existentes y reales

La tendencia general en los últimos años es situar la incidencia real de posibles problemas de simulación en torno al 5-10 % de los casos de traumatismos craneoencefálicos leves

(Muñoz Céspedes, JM. y Paúl Lapedriza, N., 2006)

LAS PERSONAS SOMOS MEJORES ENGAÑANDO QUE DETECTANDO EL ENGAÑO

Los internos de la prisión tienen más perspicacia para detectar a los simuladores que la policía, los estudiantes o el personal de la prisión. Por lo tanto, la experiencia es importante también.

(Granhag et al., 2004)

PERO ES QUE, ESPECIALMENTE, EL DIAGNÓSTICO DE LA SIMULACIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA SE BASA EN DUDAS



¿Diagnóstico por certeza demostrada?

¿Diagnóstico por exclusión?

¿Diagnóstico por intuición?

¿Diagnóstico por suposición?



6 PREGUNTAS CLAVE:

1.- ¿Qué simula?
2.- ¿Cómo simula?
3.- ¿Cuándo simula?
4.- ¿Cuánto simula?
5.- ¿Porqué simula?
6.- ¿Quién simula?

(Basado en Ferrero Arias, J, 2001)

6 PREGUNTAS CLAVE:

1.- ¿QUÉ SIMULA?

- ¿Se ajusta a la psicopatología conocida?
- ¿Es acorde con lo que dicta la cultura del paciente?
- ¿Psicopatología "cómoda"?

6 PREGUNTAS CLAVE:

2.- ¿CÓMO SIMULA?

- ¿Son conductas convincentes?
- ¿Son conductas coherentes con la supuesta patología?
- ¿Son conductas acompañadas (Amenazas, exigencias...)?

6 PREGUNTAS CLAVE:

3.- ¿CUÁNDO SIMULA?

- ¿Son conductas normal o anormalmente estables?
- ¿Son conductas situacionales?
- ¿Son conductas vinculadas a algún agente?

6 PREGUNTAS CLAVE:

4.- ¿CUÁNTO SIMULA?

- ¿Hay coherencia entre grado de patología real y la intensidad de los síntomas?
- Hay una coherencia aceptable en la forma en que se ponen de manifiesto los diferentes síntomas?

6 PREGUNTAS CLAVE:

5.- ¿PORQUÉ SIMULA?

- ¿Existe un beneficio material?
- ¿Existen beneficios afectivos?
- ¿Qué actitud tiene la familia?
- ¿Qué situación tiene en su puesto de trabajo?

6 PREGUNTAS CLAVE:

6.- ¿QUIÉN SIMULA?

- ¿Cuáles son sus valores?
- ¿Situaciones de proximidad o utilización del engaño en su vida?
- ¿Actitudes hacia la empresa, hacia la Seguridad Social, hacia la sociedad, etc?

INMEDIATA:

A.- CON afectación cerebral

1º.- Síndrome postconmocional

B.- SIN afectación cerebral

2º.- Reacción postimpacto

3º.- Trastorno de conversión

DEMORADA:

A.- CON secuelas

4º.- trastorno adaptativo

B.- SIN secuelas

5º.- Síndrome de estrés postraumático

6º.- Simulación

7º.- Trastorno facticio

A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.

B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.

C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

MUCHAS GRACIAS



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SEVILLA

15-11-07

DR.JOSE MINGUET BAIXAULI

HOSPITAL VIRGEN MACARENA

FRACTURAS COMPLEJAS DE LOS MIEMBROS EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

La causa habitual suele ser **ACCIDENTES DE ALTA ENERGIA**

LOS **POLITRAUMATISMOS:**

- Constituyen el 20% de los accidentados
- Son una PRIORIDAD asistencial
- Deben ser atendidos por un GRUPO MULTIDISCIPLINARIO
- DIRIGIDO POR CIRUJANO CON EXPERIENCIA

TRAS EL INGRESO EN URGENCIAS HAY UNA **FASE VITAL**:

- RESPIRACION
  - VIAS AEREAS
  - VENTILACION
- CIRCULACION
  - SHOCK
  - HEMODINAMICA
  - SANGRADO INTERNO O EXTERNO
- CONCIENCIA
- COLUMNA
- AMPUTACIONES Y FR. COMPLEJAS
- QUEMADURAS

EN ESTA FASE VITAL HAY QUE REALIZAR UNAS **ACCIONES**:

- REANIMACION
  - CANALIZAR 2 VIAS PERIFERICAS
  - VENTILACION
  - ANALGESIA
  - SONDA URETRAL Y NASOGASTRICA
- DESNUDAR – INSPECCION Y PALPACION
- INMOVILIZAR FRACTURAS
- TOMA DE DATOS

EL TRAUMATOLOGO REALIZARA UN **RECONOCIMIENTO COMPLETO Y PRECOZ DE TODOS LOS SEGMENTOS ÓSEOS:**

- INSPECCION
  - EDEMA
  - DEFORMIDAD
  - HERIDAS Y PIEL
- PALPACION
  - CREPITACION
- EXPLORACION
- EXAMEN VASCULAR Y NEUROLOGICO

HAY QUE MANTENER UNA **HEMODINAMICA**:
- CONTROL SANGRADO INTERNO Y EXTERNO
- VENDAJE
- ESTABILIZACION PRIMARIA FRACTURAS

CUANDO EL **PACIENTE ESTA CONTROLADO**:
- RESPIRANDO
- MONITORIZADO
- PERFUNDIDO
- LESIONES INMOVILIZADAS

PODEMOS CONSIDERAR LA FASE VITAL BAJO CONTROL

REALIZAREMOS **EXAMENES COMPLEMENTARIOS URGENTES**:
- Rx
  - CRANEO
  - COLUMNA CERVICAL
  - TORAX
  - ABDOMEN Y PELVIS
  - EXTREMIDADES
- TAC
- RNM
- ARTERIOGRAFIA

REALIZAREMOS UN **DIAGNOSTICO:**
VALORAR TODAS LAS LESIONES ÓSEAS Y ARTICULARES Y SU REPERCUSION HEMODINAMICA

REGISTRO ESCRITO DE TODAS LAS LESIONES Y GESTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS

TRATAMIENTO:
- ADAPTARSE AL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

- ESTRATEGIA QUIRÚRGICA
  1º URGENTE

2º DEFINITIVA

EN LA FASE URGENTE PRIORIDAD **HEMODINAMICA:**
- TRATAR PRIORITARIAMENTE LAS FRACTURAS ASOCIADAS A LESIONES VASCULARES

- EN LAS FRACTURAS QUE CAUSAN ISQUEMIA:RAPIDEZ EN DETRIMENTO DE CALIDAD EXACTA DE REDUCCION

- EN LOS SINDROMES COMPARTIMENTALES: FASCIOTOMIAS DE DESCARGA

- EN LAS FRACTURAS ABIERTAS:
DESINFECCION, LAVADO, FIEDRICH, REDUCCION DE LA FRACTURA Y SUTURA
ANTIBIOTERAPIA
PROFILAXIS ANTITETANICA

ESTRATEGIA URGENTE:
ESTABILIZACION RÁPIDA Y TEMPORAL DE TODAS LAS FRACTURAS Y LUXACIONES CON FIJADOR EXTERNO.

PASADA LA FASE VITAL HAY UNA **FASE CRITICA**
EVITAR INTERVENCIONES EN EL PERIODO CRITICO SECUNDARIO
ENTRE 3º Y 5º DÍAS

EN LA FASE CRITICA **VALORACION MULTIDISCIPLINARIA**

INTENSIVISTA

ANESTESIA

OTROS CIRUJANOS

ES FUNDAMENTAL UNA **ESTRATEGIA**
- OSTEOSINTESIS DEFINITIVA PASADA LA FASE CRÍTICA

- LESIONES ESCALONADAS EN LA MISMA EXTREMIDAD ESTABILIZAR TODOS LOS FOCOS DE UNA SOLA VEZ

- OSTEOSINTESIS ESTABLES DEFINITIVAS, CON CRITERIOS RESOLUTIVOS, PARA EVITAR REINTERVENCIONES Y SECUELAS

LAS LESIONES PERIFERICAS SON RESPONSABLES DE LAS SECUELAS E INVALIDEZ

Presentamos una serie de casos clínicos de politraumatizados