# Politraumatismo

La afectación del nivel de conciencia en un politraumatizado puede ser consecuencia directa de un traumatismo craneoencefálico (TCE) o facial severo, pero también puede serlo porque exista un compromiso respiratorio o circulatorio (hipoxemia), o por la acción de drogas depresoras del sistema nervioso central (SNC) tales como el alcohol u otras drogas de abuso. Es importante descartar otras causas de depresión del nivel de conciencia que no sean consecuencia del TCE, que exijan un rápido tratamiento de las mismas.

Si el paciente lo requiriese se procederá a realizar sondaje vesical (contraindicado en caso de sospecha de rotura uretral), control de diuresis, y sondaje nasogástrico u orogástrico (de elección ante sospecha de fractura de base de cráneo).

Tanto la tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo en casos de TCE severo como la ecografía abdominal con aparato portátil para descartar la presencia de líquido libre intraperitoneal son de vital importancia.

Algunos autores consideran la intubación nasotraqueal como la más idónea en politraumatizados, pero precisa personal entrenado y no está exenta de riesgos. No es útil en pacientes en apnea, puede producir vómitos, broncoaspiración, hemorragias en pacientes con traumatismos severos de tercio medio de macizo facial o trastornos de la coagulación y está contraindicada cuando existe sospecha de fractura de base de cráneo.

Los fluidos hipertónicos o hipertónicos-hiperoncóticos se están utilizando con buenos resultados en la reanimación inicial del politraumatizado, sobre todo en el ámbito extrahospitalario.

Las ventajas que tienen son que se requieren volúmenes considerablemente inferiores (4ml por Kg en dosis única) para mantener la hemodinámica, aumentando la presión arterial y el gasto cardíaco. El mecanismo de acción es una mejor redistribución del líquido del espacio extravascular al compartimento intravascular. No está demostrado que mejoren la supervivencia a largo plazo, aunque en el caso del suero salino hipertónico (7,5%) parece que la mejora cuando se emplea en pacientes con traumatismo craneoencefálico.

## Puntuación

ver https://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-quirurgicos.html

Las puntuaciones de los traumatismos pueden ser anatómicas (las que utilizan índices que puntúan la gravedad de la lesión anatómica, por ejemplo, Escala abreviada de lesiones [Abbreviated injury scale —AIS—], valoración de gravedad de lesiones Injury severity score (ISS), la caracterización del perfil anatómico [Anatomic profile —AP—], Nueva valoración de gravedad de lesiones [New injury severity score —NISS—], etc.), puntuaciones o escalas fisiológicas (que miden el componente dinámico agudo de las lesiones, por ejemplo, Valoración del traumatismo [Trauma score —TS—], Valoración del traumatismo revisada [Revised trauma score —RTS—], etc.) o índices o modelos combinados (Traumatismo-valoración de gravedad de lesiones [Trauma score-injury severity score —TRISS—], Caracterización de la gravedad del traumatismo [A severity characterisation of trauma —ASCOT—]). Los sistemas de puntuación de la gravedad del traumatismo pueden usarse en diferentes contextos de asistencia a pacientes traumáticos, y por tanto es imprescindible que la elección de la escala, índice o modelo de puntuación de la gravedad sea la adecuada para el trastorno, el contexto o la

aplicación, ya que una aplicación inadecuada de estos sistemas puede comportar una pérdida de tiempo y unos costes injustificados, y puede conducir a extrapolaciones e incluso a la muerte.

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea**
**ISSN 1988-2661**

Permanent link:
**http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=politraumatismo**

Last update: **2019/09/26 22:16**