



NOMBRE DEL ALUMNO:

Cindi Fabiola Matias Bernardo

NOMBRE DEL PROFESOR:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA:

Enfermería 7°A

MATERIA:

Enfermería en urgencias y desastres

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

Cuadro sinóptico de:

“POLITRAUMATIZADO”

Frontera Comalapa, Chiapas a 06 de diciembre de 2020

Poli traumatizado

Manejo pre hospitalario: sospecha, Triage y traslado

Politraumatizado

Paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático, de las cuales al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida del mismo.

Mecanismos más frecuentes

- Accidentes de tránsito (50% de los casos).
- Caídas de altura.
- Heridas por arma blanca y aplastamientos.

Sospecha

- Fisiológicas**
 - Presión sistólica menor de 90 mmhg.
 - Dificultad respiratoria, frecuencia < 10 o > 30.
 - Alteración de conciencia, Glasgow < 13.
- Anatómicas**
 - ✓ Tórax volante.
 - ✓ Dos o más fracturas de huesos largos.
 - ✓ Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle.
 - ✓ Trauma combinado con quemaduras.
 - ✓ Signos clínicos sugerentes de quemadura de vía aérea.
 - ✓ Amputación proximal a la muñeca o tobillo.
 - ✓ Parálisis de cualquier extremidad.
 - ✓ Marca de cinturón de seguridad.
- Mecanismo**
 - ✚ si la extracción desde el vehículo dura más de 20 min o es dificultosa.
 - ✚ muerte de cualquier ocupante del vehículo.
 - ✚ eyección de paciente de vehículo cerrado.
 - ✚ caída mayor a dos veces la altura del paciente.
 - ✚ impacto a gran velocidad.
 - ✚ impactos con gran descarga de energía.
- Factores agravantes**
 - edad > 60 años.
 - embarazo.
 - patología grave preexistente.
 - condiciones medio ambientales extremas.

Triage (escenarios)

- ❖ Número de pacientes no sobrepasa las capacidades locales y mecanismos de ajuste del sistema de rescate (prioridades según criterio ABC).
- ❖ Número de pacientes excede las capacidades locales y mecanismos de ajuste del sistema de rescate:
 - ✓ Se prioriza a los pacientes con mayor posibilidad de sobrevivir con el menor gasto de tiempo, recursos y personal.
- ❖ Pacientes sin indicación de reanimación.
- ❖ Pacientes sin signos de vida (ausencia de movimientos).
- ❖ Ausencia de esfuerzo respiratorio, pupilas dilatadas y no reactivas, ausencia de pulso y de actividad eléctrica cardíaca.

Traslado

- Pacientes inestables deben ser trasladados al hospital para realizar reanimación y eventual manejo quirúrgico de lesiones.
- Pacientes politraumatizados sean trasladados desde el sitio del suceso en móviles avanzados.
- Traslados interhospitalarios de estos pacientes también deben realizarse en móviles avanzados.
- Traslado aéreo debe ser considerado:
 - ✓ Tiempo por tierra sea excesivamente largo en relación a la condición del paciente.
 - ✓ Cuando las condiciones ambientales no permiten el acceso expedito por tierra.

Reanimación inicial: ABCDE Pre hospitalario

- A: Vía aérea con protección cervical**
 - Mantener columna cervical inmovilizada manualmente.
 - Permeabilizar Vía Aérea con maniobras básicas, o específicas en caso de obstrucción.
 - Cánula Mayo (paciente inconsciente).
 - Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min.
 - Asegurar vía aérea permeable con vía aérea avanzada.
 - Fármacos recomendados para intubación:
 - ✓ Etomidato 0,15 a 0,3 mgr/Kg + Succinilcona 1,5 mgr/Kg.
 - ✓ Propofol, midazolam y tiopenal.
 - En accidentes por inmersión no realizar maniobras para eliminar el agua del estómago, por riesgo de aspiración.
- B: Ventilación**
 - ✚ Paciente mantiene ventilación espontánea efectiva: oxigenar.
 - ✚ Paciente sin ventilación espontánea efectiva, con vía aérea avanzada: asistir ventilación 10 /min, evitando hiperinsuflar e hiperventilar.
 - ✚ Descartar lesiones que requieren tratamiento inmediato:
 - ✓ Neumotórax a tensión, neumotórax abierto.
 - ✚ No se recomienda asistir la ventilación con mascarilla y ambú durante el traslado.
 - ✚ Evitar hiperventilar e hiperinsuflar.
 - ✚ No inmovilizar el tórax con vendajes.
- C: Circulación**
 - Evaluar y reponer pérdidas de volumen
 - Controlar hemorragias externas con compresión directa
 - Sospecha de TAPONAMIENTO CARDIACO: Considere Pericardiocentesis sólo como medida de salvataje en paciente agónico.
 - No usar soluciones hipotónicas (ringer lactato, isotónico) o glucosadas.
 - No usar torniquetes salvo en amputaciones traumáticas.
 - No usar vías centrales.
 - No usar instrumental para detener hemorragias en lesiones
- D: Déficit neurológico**
 - ❖ Determinar nivel de conciencia mediante escala de Glasgow (GCS).
 - ❖ Evaluar tamaño y respuesta pupilar.
 - ❖ Prevención de isquemia/aumento de presión intracraneana.
- E: Exposición y examen**
 - ✚ Exponer tórax, abdomen y extremidades.
 - ✚ Remover prendas que compriman u oculten sitios lesionados o sangrantes, ropa mojada o con potenciales contaminantes.
 - ✚ Prevenir hipotermia.

Poli traumatizado (manejo hospitalario)

Manejo hospitalario

- ✓ Reanimación inicial: ABCDE intrahospitalario.
- ✓ Manejo médico.
- ✓ Trauma raquimedular (lesiones inestables de la columna)
- ✓ Tratamiento.

Reanimación inicial: ABCDE Intrahospitalario

- A: Vía aérea con protección cervical
 - NO DEBEN USARSE relajantes musculares en escenarios en que no hay seguridad posibilidad de ventilar al paciente (preservar ventilación espontánea).
- B: Ventilación
 - En caso de neumotórax a tensión realizar pleurotomía.
- C: Circulación
 - ✚ Mantener accesos vasculares: venas periféricas, denudación, intraóseo.
 - ✚ Aportar cristaloides (SF).
 - ✚ Transfusión de GR según necesidad.
 - ✚ Uso de vías centrales debe quedar restringido a la falta de vías periféricas adecuadas.
 - ✚ Control de hemorragias.
 - ✚ No trasladar –dentro del hospital- pacientes inestables.
- D: Déficit neurológico
 - ✓ Manejo de TEC según guía clínica específica
 - ✓ Collar cervical debe mantenerse hasta haber descartado una lesión espinal.
 - ✓ Riesgo de úlceras por presión, la tabla espinal debe reservarse para los traslados.
 - ✓ Retirada la tabla la movilización del paciente debe hacerse "en block".
- E: Exposición y examen
 - ❖ Prevención hipotermia
 - T° box reanimación (22°).
 - Calentador de soluciones.
 - Calefactor de pacientes ("arturito").
 - ❖ Medición de T° central (>36).
 - ❖ Exponer completamente para examinar y volver a cubrir.
 - ❖ Realizar tacto rectal, instalar sonda Foley y sonda gástrica.
 - ❖ Estudio de imágenes:
 - ✚ Rx de tórax AP.
 - ✚ Rx columna cervical lateral.
 - ✚ Rx pelvis.
 - ✚ Ecofast.

Manejo medico (medidas generales)

- ❖ Los pacientes politraumatizado deben ser tratados en unidades de paciente crítico con capacidad para prevenir y tratar las múltiples complicaciones potenciales del trauma: rabdomiolisis, infección, insuficiencia renal aguda, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- ❖ Los pacientes PT deben recibir precozmente nutrición, de preferencia por vía enteral (por menor morbilidad asociada, facilidad de uso y bajo costo), con fórmulas adaptadas a pacientes críticos.
- ❖ Indicación de NPT: si no se puede utilizar la vía enteral, idealmente se debe iniciar NPT a las 48 hrs del ingreso.
- ❖ Se recomienda realizar medición de presión intraabdominal (PIA) en pacientes con trauma abdominal extenso. Otras indicaciones de medición de PIA deben evaluarse caso a caso.

Trauma raquimedular (lesiones inestables de la columna)

Diagnostico

- ✚ Las Rx de columna (AP, lateral y transoral en el caso de columna cervical) están indicadas en todo paciente PT que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:
 - Estado mental alterado (GCS).
 - Evidencia de intoxicación.
 - Déficit neurológico.

Columna cervical

- La Rx de columna cervical no es necesaria en pacientes PT que se encuentren alertas, no intoxicados, neurológicamente normales, sin dolor ni sensibilidad en la línea media del cuello, inclusive cuando se realiza palpación de la columna cervical o movilización cervical en rango completo, y sin lesiones dolorosas distractivas.
- El TAC está indicado en todo paciente:
 - Con lesiones a la Rx
 - En el que las Rx no permiten una visualización adecuada de la unión craneocervical o la unión cervicodorsal.

Columna dorso lumbar

- ❖ Si existe sospecha de lesión desde C7 a T6 por clínica, pero la Rx es dudosa: realizar TAC.
- ❖ Si Rx muestra lesión debe realizarse TAC de la zona.
- ❖ Si existe déficit neurológico medular con Rx y TAC normal: RNM.

Tratamiento

- ✓ Los pacientes con lesión medular deben ser sometidos a cuidado intensivo con monitoreo estricto de estado hemodinámico y función respiratoria, evitando y corrigiendo la hipotensión asociada a la lesión.
- ✓ El uso de Metilprednisolona puede considerarse una opción de tratamiento de efectividad dudosa. En caso de indicarse, debe utilizarse en bolo IV de 30 mg/kg durante 15 min dentro de las 8 hrs siguientes a una lesión espinal cerrada, seguida 45 min después por una infusión de 5.4 mg/kg/hr por 23 hrs.
- ✓ La indicación de reducción cerrada precoz de las lesiones por fractura/dislocación de columna cervical mediante tracción debe ser resuelta caso a caso por el equipo de especialistas tratantes.

Urgencias y emergencias hipertensivas tratamiento

