

Nombre del alumno:

Jennifer Jamilet Ventura Hernández

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería

Grupo:

"A"

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres

PASIÓN POR EDUCAR

Cuatrimestre y modalidad:

7mo cuatrimestre, Semiescolarizado

Nombre y tema del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema:

"Antología segunda actividad"

POLITRAUMATIZADO ADULTO

Politraumatizado

Es todo aquel 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.

Manejo prehospitalario

- ❖ Sospecha
- ❖ Triage
- ❖ Traslado

Sospecha

Existencia de traumatismo grave debe sospecharse en cualquier paciente con antecedente de trauma.

- ❖ Fisiológicas
- ❖ Anatómicas
- ❖ Mecanismo
- ❖ Factores agravantes

- ❖ Presión sistólica menor de 90 mmhg.
- ❖ Dificultad respiratoria, frecuencia <10 o > 30.
- ❖ Alteración de conciencia, Glasgow < 13.

- ❖ Parálisis de cualquier extremidad.
- ❖ Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle.
- ❖ Etc.

- ❖ Si la extracción desde el vehículo dura más de 20 min o es dificultosa.
- ❖ Impacto a gran velocidad.
- ❖ Etc.

- ❖ Edad > 60 años.
- ❖ Patología grave preexistente
- ❖ Embarazo
- ❖ Condiciones medio ambientales extremas

Triage

- ❖ El número de pacientes no sobrepasa las capacidades locales y mecanismos de ajuste del sistema de rescate.
- ❖ El número de pacientes excede las capacidades locales y mecanismos de ajuste del sistema de rescate.

En este caso las prioridades se deben establecer según criterio ABC

Se prioriza a los pacientes con mayor posibilidad de sobrevivir con el menor gasto de tiempo, recursos y personal.

Criterio de traslado

- ❖ Pacientes inestables deben ser trasladados al hospital más cercano con capacidad de realizar reanimación y eventual manejo quirúrgico.
- ❖ Considerar otros destinos según lo requiera la patología predominante.
- ❖ Etc.

Traslado intrahospitalario

El traslado debe ser considerado:

- ❖ Cuando el tiempo estimado de traslado 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 prehospitalario

❖ A Vía aérea con protección cervical

- ❖ Mantener columna cervical inmovilizada manualmente.
- ❖ Permeabilizar vía aérea con maniobras básicas, o específicas en caso de obstrucción.
- ❖ Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min.
- ❖ Etc.

❖ B Ventilación

Existen dos escenarios clínicos en el manejo de la ventilación durante el período prehospitalario:

- ❖ Paciente mantiene ventilación espontánea efectiva: oxigenar.
- ❖ Paciente sin ventilación espontánea efectiva, con vía aérea avanzada: Asistir ventilación a una frecuencia respiratoria ≈ 10 /min, evitando hiperinsuflar e hiperventilar.

Destacar clínicamente lesiones que requiere tratamiento inmediato.

- ❖ Neumotórax a tensión
 - Descompresión inmediata por punción con aguja
- ❖ Neumotórax abierto
 - Aplicar parche de tres puntas, observe evolución hacia neumotórax a tensión.

❖ C Circulación

- ❖ Evaluar y reponer pérdidas de volumen:
 - 2 vías venosas de grueso calibre.
 - Aporte de volumen (suero fisiológico) según condición clínica.
- ❖ Controlar hemorragias externas con compresión directa.
- ❖ No usar soluciones hipotónicas (ringer, lactato, isotónico) o glucosadas.
- ❖ Etc.

❖ D Déficit neurológico

- ❖ Determinar nivel de conciencia mediante escala de Glasgow.
- ❖ Evaluar tamaño y respuesta pupilar.
- ❖ Prevención de isquemia/aumento de presión intracraneana:
 - No hiperventilar
 - No utilizar soluciones de glucosa ni hipotónicas.

❖ E Exposición y examen

- ❖ Exponer tórax, abdomen y extremidades (no es primario, ni necesario siempre).
- ❖ Remover prendas que compriman u oculten sitios lesionados o sangrantes, ropa mojada o que contenga potenciales ambientales.
- ❖ Prevenir hipotermia (cristaloides tibios, calefacción ambiental, abrigo)

Manejo hospitalario

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

Reanimación inicial: ABCDE intrahospitalario

- ❖ A { Vía aérea con protección cervical { Son aplicables las mismas recomendaciones del periodo prehospitalario
- ❖ B { Ventilación { En caso de neumotórax a tensión realizar pleurotomía
- ❖ C { Circulación {
 - ❖ Mantener accesos vasculares: venas periféricas, denudación, intraóseo (adultos y niños).
 - ❖ Transfusión de GR según necesidad.
 - ❖ Control de hemorragias: Estabilización pélvica transitoria (sábanas, fajas).
 - ❖ No trasladar –dentro del hospital- pacientes inestables
- ❖ D { Déficit neurológico {
 - ❖ Manejo de TEC según guía clínica específica.
 - ❖ El collar cervical debe mantenerse hasta haber descartado una lesión espinal, clínica o radiológicamente.
 - ❖ Para evitar el riesgo de úlceras por presión, la tabla espinal debe reservarse para los traslados, y retirarse apenas el paciente pueda ser traspasado a una cama dura
- ❖ E { Exposición y examen {
 - ❖ Prevención hipotermia:
 - Calentador de soluciones.
 - Calefactor de pacientes ("Arturito").
 - ❖ Medición de T° central (>36).
 - ❖ Estudios de imágenes: Rx de tórax AP, Rx columna cervical lateral, Rx pelvis, Ecofast

Manejo médico

- ❖ 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 columna)

- ❖ Diagnóstico {
 - ❖ 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<15).
 - Evidencia de intoxicación
 - Déficit neurológico
 - Etc.
- ❖ 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 dorsolumbar {
 - ❖ 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.
 - ❖ Etc.

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.
- ❖ Etc.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

URGENCIAS HIPERTENSIVAS

Urgencia

Son aquellas situaciones en la que precisa atención inmediata.

Urgencia hipertensiva

Son los pacientes con elevación aguda de la presión arterial, pero no tiene lesión aguda de ningún órgano diana.

Evaluación inicial

La evaluación inicial del paciente con crisis hipertensivas está encaminada a confirmar la elevación de la PA y descartar la existencia de lesión en órgano diana, para poder diferenciar las urgencias y emergencias hipertensivas.

Manejo de las urgencias hipertensivas

- ❖ Objetivo reducir gradualmente la PA por debajo de 160/100 mmhg, en un intervalo de horas a días 7,8.
- ❖ En ocasiones, el reposo y el control de los factores desencadenantes permiten que la PA vuelva a los valores habituales.

Pacientes hipertensos

Previamente tratados, se puede incrementar la dosis de la medicación antihipertensiva que ya estuviese tomando o añadir otro fármaco.

Emergencia

Es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

Emergencia hipertensiva

Es la elevación aguda de la presión arterial que es acompañada de alteraciones orgánicas graves.

Manejo de las emergencias hipertensivas

- ❖ Objetivo general es la reducción rápida y parcial (no la corrección completa) de la PA hasta un nivel considerado seguro.
- ❖ Debido a que su normalización brusca puede inducir serios accidentes isquémicos cerebrales o coronarios, particularmente en pacientes cuyos mecanismos de autorregulación vascular están ya adaptados a la hipertensión crónica o en ancianos o pacientes con factores de riesgo para aterosclerosis.
- ❖ Etc.

Los fármacos

Empleados para el tratamiento de la emergencia hipertensiva deben satisfacer los siguientes criterios: posibilidad de administración intravenosa, comienzo rápido de acción, semivida corta que permita un uso flexible y fácil dosificación.

Fármaco inicial para el tratamiento según el daño del órgano diana.

Emergencias hipertensivas específicas

- ❖ Encefalopatía hipertensiva { Cuadro clínico caracterizado por la presencia de elevación aguda de la PA, cefalea intensa y progresiva, náuseas, vómitos y alteraciones visuales.
- ❖ Accidentes cerebrovasculares { Se acompañan de elevación de la PA en al menos un 10%, debido a que los mecanismos de autorregulación cerebral son modificados por la liberación de sustancias vaso activas
- ❖ Isquemia coronaria aguda { Puede acompañarse de crisis hipertensiva. En ocasiones, la elevación de la PA está relacionada con el estrés que supone el dolor.
- ❖ Edema agudo de pulmón { Las crisis hipertensivas también pueden acompañar a episodios de insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón.
- ❖ Disección aortica aguda { Debe ser considerada como un diagnóstico probable en pacientes con dolor torácico agudo y elevación de la PA.
- ❖ Etc.

Fármacos empleados en el tratamiento

- ❖ Nitroprusiato sódico
- ❖ Labetalol
- ❖ Esmolol
- ❖ Fenoldopam
- ❖ Nicardipino
- ❖ Clevidipino
- ❖ Urapidilo
- ❖ Nitroglicerina
- ❖ Hidralazina
- ❖ Diuréticos
- ❖ Enalaprilato
- ❖ Fentolamina