



**Nombre del alumno:**

Lidy Valdez Morales

**Nombre del profesor:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura:**

Enfermería 7° "A"

**Materia:**

Enfermería en urgencias y desastres

**Nombre y tema del trabajo:**

Cuadro sinóptico

**"Politraumatizado"**

Frontera Comalapa Chiapas a 06 de diciembre del 2020.

Politraumatizado

Los traumatismos son la principal causa de muerte

La muerte en los pacientes politraumatizado puede darse en los primeros segundos o minutos del accidente.

- Laceraciones cerebrales.
- Médula espinal alta o tronco cerebral.
- Lesiones cardíacas.
- Ruptura de aorta y de grandes vasos.
- Hemorragias masivas.

Objetivos

- Mejorar el manejo del paciente politraumatizado optimizando su sobrevida y la prevención de secuelas.
- Promover la aplicación de la mejor evidencia en el manejo de estos pacientes.
- Mejorar la coordinación de las redes asistenciales en el manejo del politraumatizado.

Sospecha

La existencia de un traumatismo grave debe sospecharse en cualquier paciente con antecedente de trauma.

Fisiológicas

- ❖ Presión sistólica menor de 90 mm/hg.
- ❖ Dificultad respiratoria, frecuencia < 10 o > 30.
- ❖ Alteración de conciencia.

Anatómicas

- Dos o más fracturas de huesos largos.
- Trauma combinado con quemaduras.
- Amputación proximal a la muñeca o tobillo.

Mecanismo

- Impacto a gran velocidad.

Factores agravantes

- ❖ Edad > 60 años.
- ❖ Embarazo.
- ❖ Patología grave preexistente.

Manejo prehospitalario

Triage

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

Las prioridades se deben establecer según criterio ABC.

El número de pacientes excede las capacidades locales y mecanismos de ajuste del sistema de rescate.

Los pacientes con mayor posibilidad de sobrevida con el menor gasto de tiempo, recursos y personal.

Reanimación del ABCDE

Reanimación inicial  
Prehospitalario

A: Vía aérea con protección cervical

Con Indicaciones de Intubación traqueal de emergencia en pacientes víctimas traumatismo.

- Mantener columna cervical inmovilizada manualmente.
- Cánula Mayo (paciente inconsciente).
- Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min.

B: Ventilación

- ❖ Paciente mantiene ventilación espontánea efectiva.
- ❖ Paciente sin ventilación espontánea efectiva, con vía aérea avanzada.

C: Circulación

- Evaluar y reponer pérdidas de volumen.
- Controlar hemorragias externas con compresión directa.
- No usar soluciones hipotónicas.

D: Déficit neurológico

- ❖ Determinar nivel de conciencia mediante escala de
- ❖ Evaluar tamaño y respuesta pupilar.

E: Exposición y examen

- Exponer tórax, abdomen y extremidades.
- Remover prendas que compriman u oculten sitios lesionados o sangrantes.
- Prevenir hipotermia.

Reanimación  
Intrahospitalario

A: Vía aérea con protección cervical

Son aplicables las mismas recomendaciones del período.

B: Ventilación

En caso de neumotórax a tensión realizar pleurotomía.

C: Circulación

- Mantener accesos vasculares: venas periféricas, denudación, intraóseo (adultos y niños).
- Aportar cristaloides (SF).
- Transfusión de GR según necesidad.

D: Déficit neurológico

- ❖ Manejo de TEC según guía clínica específica.
- ❖ El collar cervical debe mantenerse hasta haber descartado una lesión espinal, clínica o

E: Exposición y examen

- Prevención hipotermia
  - Tº box reanimación (22º)
  - Calentador de soluciones.
- Medición de Tº central

Manejo hospitalarios

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 NTP a las 48 hrs del ingreso.

Trauma raquimedular

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
- Dolor radicular

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.
- ❖ En los pacientes con déficit neurológico atribuible a lesión medular pero con Rx y TAC negativos debe realizarse RNM de columna.

Columna dorso lumbar

- Las Rx de columna dorsal o lumbar en 2 proyecciones (AP y laterales) están indicadas en los pacientes con compromiso de conciencia, o con clínica sugerente de lesión a ese nivel.
- Si Rx muestra lesión debe realizarse TAC de la zona.

Tratamiento

- ❖ Los pacientes con lesión medular deben ser sometidos a cuidado intensivo con monitoreo estricto de estado hemodinámico y función respiratoria, evitando o corrigiendo la hipotensión asociada a la lesión.
- ❖ 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

Urgencia hipertensivas

Las urgencias hipertensivas incluyen a los pacientes con elevación aguda de la presión arterial (PA), pero sin lesión aguda de ningún órgano diana.

El objetivo

Será reducir gradualmente la PA por debajo de 160/100 mmHg, en un intervalo de horas a días 7, 8.

Manejo

- En pacientes hipertensos previamente tratados, se puede incrementar la dosis de la medicación antihipertensiva.
- Pacientes con mal cumplimiento terapéutico se debe reintroducir la medicación.

Emergencia hipertensivas

Las emergencias hipertensivas se definen por la elevación aguda de la PA, acompañada de lesión aguda de uno o varios órganos diana.

Manejo

Objetivo general

El tratamiento de las emergencias hipertensivas es la reducción rápida y parcial de PA.

Objetivo inmediato

Reducir la PAD en un 10-15% o a 110 mmHg, aproximadamente, en un periodo de 30-60 minutos.

Emergencias hipertensivas específicas

Encefalopatía hipertensiva

Con cuadro clínico caracterizado por la presencia de elevación aguda de la PA, cefalea intensa y progresiva, náuseas, vómitos y alteraciones visuales, que aparecen cuando los mecanismos de autorregulación de la perfusión cerebral no son capaces de ajustar el flujo sanguíneo.

Accidentes cerebrovasculares

La elevación de la PA en al menos un 10%, debido a que los mecanismos de autorregulación cerebral son modificados por la liberación de sustancias vasoactivas.

Isquemia coronaria aguda

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.

Fármacos empleados en el tratamiento de las emergencias hipertensivas

- ❖ Nitroprusiato sódico
- ❖ Labetalol
- ❖ Esmolol
- ❖ Fenoldopam
- ❖ Nicardipino
- ❖ Clevidipino