

NOMBRE DEL ALUMNO:

Yaritza Yazaret Anzuetto Mendez

NOMBRE DEL PROFESOR:

LIC. ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA:

Lic. En enfermería

MATERIA:

URGENCIAS Y DESASTRES

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

7MO. CUATRIMESTRE SEMIESCOLARIZADO (DOMINGOS)

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

CUADRO SINÓPTICO:

POLITRAUMATIZADO

URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS:

TRATAMIENTO

P
O
L
I
T
R
A
U
M
A
T
I
Z
A
D
O

EPIDEMIOLOGÍA

ACCIDENTES/MORTALIDAD

- 4ª causa de mortalidad global a todas las edades
- 1ª causa en < 45 años

MORTALIDAD/PATRÓN TRIMODAL

1º fase

15%, En el lugar, Segundos o minutos, Laceraciones cerebrales, de tronco cerebral, de médula espinal alta, lesiones cardíacas, ruptura de aorta y grandes vasos, Supervivencia baja.

2º fase

55-60%, En el lugar, traslado, ingreso, Horas, Hematomas subdurales o epidurales, hemoneumotórax, ruptura de bazo, laceración hepática, fractura de pelvis o lesiones múltiples asociadas con hemorragia grave

3º fase

15-20%, En el hospital, Días o semanas, Sepsis o fallo multiorgánico

ACCIDENTES/MORBILIDAD

- 1ª causa de pérdida de años potenciales de vida
- 8% de incapacidades en población general
- > 50% incapacidades en <30 años

Período crítico/Hora de oro/10 minutos platino

Tiempo que media entre el momento del accidente y los cuidados definitivos

Si no se controla la hemorragia ni se restablece la oxigenación de los tejidos, se agotan las probabilidades de supervivencia del paciente

Algunos pacientes tienen menos de 1 hora para recibir asistencia, mientras otros disponen de un período más prolongado

Dentro del período crítico, la atención prehospitalaria en el sitio del accidente debe circunscribirse a los 10 primeros minutos si el paciente está crítico, lo que algunos autores definen como los 10 minutos platino

IDEAS CLAVE

- Las actuaciones en el período crítico condicionan la supervivencia y morbilidad posterior
- Priorizar: vida-funcionalidad-estética
- Valoración primaria, clave para detectar y tratar las lesiones que amenazan la vida
- No se debe retrasar el traslado puesto que el tratamiento es, casi siempre, hospitalario
- La ausencia de diagnóstico definitivo no debe impedir la aplicación de medidas terapéuticas
- No desatender sufrimiento psíquico y dolor
- Siempre tener en cuenta el principio de “primum non nocere”

Evaluación de la escena

Precauciones universal

Guantes, gafas de protección, mascarillas o máscaras de protección, casco, calzado de suela dura, ropa de intervención.

Seguridad de la escena

Policía, equipo de rescate (bomberos,...)

Seguridad del paciente

Pantallas de protección, mantas, necesidad de extracción rápida

MANEJO PRE HOSPITALARIO

Triage

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

En este caso las prioridades se deben establecer según criterio ABC.

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

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

Sospecha

Fisiológica: 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

Mecanismo: 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

Factor agravante: edad > 60 años, embarazo, patología grave preexistente, condiciones medio ambientales extremas

P
O
L
I
T
R
A
U
M
A
T
I
Z
A
D
O

Reanimación inicial:
ABCDE
Prehospitalario

- A** { Vía aérea con protección cervical {
 - Mantener columna cervical inmovilizada manualmente
 - Permeabilizar Vía Aerea con maniobras básicas
 - Cánula Mayo (paciente inconciente)
 - Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min
- B** { Ventilación {
 - a) Paciente mantiene ventilación espontánea efectiva: oxigenar
 - b) Paciente sin ventilación espontánea efectiva, con vía aérea avanzada: Asistir ventilación a una frecuencia respiratoria \approx 10 /min, evitando hiperinsuflar e hiperventilar.
- C** { Circulación {
 - Evaluar y reponer pérdidas de volumen
 - Controlar hemorragias externas con compresión directa.
 - 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 {
 - No hiperventilar.
 - No utilizar soluciones con 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 contaminantes.
 - Prevenir hipotermia (cristaloides tibios, calefacción ambiental, abrigo)

Reanimación inicial: ABCDE
Intrahospitalario

- A** { Vía aérea con protección {
 - Son aplicables las mismas recomendaciones del período prehospitalario
- B** { Ventilación {
 - En caso de neumotórax a tensión realizar pleurotomía.
- C** { Circulación {
 - Mantener accesos vasculares: venas periféricas, denudación, intraóseo
 - Aportar cristaloides (SF).
 - Control de hemorragias
- D** { Déficit neurológico {
 - Manejo de TEC según guía clínica específica.
 - El collar cervical debe mantenerse hasta haber descartado una lesión espinal
 - Para evitar el riesgo de úlceras por presión, la tabla espinal debe reservarse para los traslados
- E** { Exposición y examen {
 - Prevención hipotermia
 - Medición de Tº central (>36)
 - Exponer completamente para examinar y volver a cubrir.
 - Realizar tacto rectal, instalar sond Foley y sonda gástrica
 - No trasladar a pacientes descubiertos

Manejo médico

Pacientes PT tratados en unidades de paciente crítico con capacidad para prevenir y tratar las múltiples complicaciones potenciales del trauma. Los pacientes PT deben recibir precozmente nutrición.

Cirugía o Trauma de extremidades, Inmovilidad, parecia , Cáncer , Tratamiento oncológico, TVP previa o Edad avanzada, Embarazo y período post parto, Terapia con estrógenos (anticonceptivos, TRH)

Manejo quirúrgico

Es importante señalar que las decisiones en estos casos deben ser realizadas por cirujanos debidamente capacitados y que debe existir la necesaria coordinación entre éstos y los médicos de las unidades de paciente crítico.

**Urgencias
Y
emergencias
Hipertensivas
: Tratamiento**

