

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

MARLENE LUCAS GONZALEZ

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

LIC: ERVIN SILVESTRE CASTILLO

**CARRERA:**

ENFERMERIA

**MATERIA:**

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

**NOMBRE DEL TRABAJO:**

CUADRO SINOPTICO

“ANTOLOGIA SEGUNDA ACTIVIDAD ”

## POLITRAUMATISADO

Los traumatismos son la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida.

### MANEJO PRE HOSPITALARIO: SOSPECHA, TRIAGE Y TRASLADO

**Sospecha;** un traumatismo grave debe sospecharse en cualquier paciente con antecedente de trauma que presenta alguna de las siguientes condiciones:

- **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.
- **Mecanismo:** si la extricación desde el vehículo dura más de 20 min o es dificultosa. Muerte de cualquier ocupante del vehículo
- **Factores agravantes:** edad > 60 años O embarazo.

### TRIAJE Y CRITERIOS DE TRASLADO

#### Triage

**Respecto al orden de atención y traslado de los pacientes, es posible reconocer dos escenarios:**

- El número de pacientes no sobrepasa las capacidades locales y mecanismos de ajuste 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

#### Criterios de traslado:

Los pacientes inestables deben ser trasladados al hospital más cercano con capacidad para realizar reanimación y eventual manejo quirúrgico de lesiones.

- ✓ Considerar otros destinos según lo requiera lapatología predominante
- ✓ Se recomienda que los pacientes politraumatizados sean trasladados desde el sitio del suceso en móviles avanzados .

#### El traslado aéreo debe ser considerado:

- ✓ Cuando el tiempo estimado de traslado por tierra sea excesivamente largo en relación a la condición del paciente.

### REANIMACIÓN INICIAL: ABCDE PREHOSPITALARIO

#### A: Vía aérea con protección cervical.

- Mantener columna cervical inmovilizada manualmente, Permeabilizar Vía Aerea con maniobras básicas, o específicas en caso de obstrucción, Cánula Mayo (paciente inconsciente), Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min.
- En caso necesario, asegurar vía aérea permeable con vía aérea avanzada (tubo endotraqueal, máscara laríngea, o combitubo según disponibilidad y destreza del operador.

#### Fármacos recomendados para facilitar intubación en el manejo prehospitalario.

- 1º Etomidato 0,15 a 0,3 mgr/Kg (no requiere preparación, se puede utilizar en pacientes hemodinámicamente inestables) + Succinilcolina 1,5 mgr/Kg 2º Propofol, midazolam y tiopental son una opción pero deben usarse con extrema precaución en pacientes hemodinámicamente inestables.

#### B: Ventilación

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

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

No se recomienda asistir la ventilación con mascarilla y ambú durante el traslado por el riesgo de aspiración asociado. Evitar hiperventilar e hiperinsuflar.

### **C: Circulación:**

- Evaluar y reponer pérdidas de volumen: 2 Vías venosas de grueso calibre o Aporte de volumen (suero fisiológico) según condición clínica o Considerar criterio de hipotensión permisiva.
- Controlar hemorragias externas con compresión directa.
- Ante sospecha de TAPONAMIENTO CARDIACO: Considere Pericardiocentesis sólo como medida de salvataje en paciente agónico.
- No usar torniquetes salvo en amputaciones traumáticas.
- No usar vías centrales.

### **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 que contenga potenciales contaminantes
- Prevenir hipotermia

### **Reanimación inicial: ABCDE Intrahospitalario**

**A: Vía aérea con protección cervical:** Son aplicables las mismas recomendaciones del período prehospitalario.

**B: Ventilación:** En caso de neumotorax a tensión realizar pleurotomía .

**C: Circulación:** Mantener accesos vasculares: venas periféricas, denudación, intraóseo , 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 radiológicamente.

**E: Exposición y examen:** Prevención hipotermia: Medición de T° central (>3, Exponer completamente para examinar y volver a cubrir. No trasladar a pacientes descubiertos a otras dependencias del hospital.

## **MANEJO HOSPITALARIO**

Los pacientes politraumatizados deben ser 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, de preferencia por vía enteral
- ✓ Indicación de NPT: Si no se puede utilizar la vía enteral, idealmente se debe iniciar NTP a las 48 hrs del ingreso.
- ✓ Se recomienda el uso rutinario preventivo de heparina de bajo peso molecular en pacientes con al menos un factor de riesgo de TVP/TEP
- ✓ En caso de contraindicación para el uso de heparina se recomienda utilizar profilaxis mecánica con compresión neumática intermitente o medias de compresión graduada.

## **MANEJO MÉDICO**

- Trauma cervical : asegurar vía aérea , exploración quirúrgica , fijación de la columna
- Trauma torácico: EXAMEN FISICO-RX; Mediastino Ancho, Lesión aortica , Traslado, Cirugía.

## **MANEJO QUIRÚRGICO**

### **Trauma raquímedular: 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) o Evidencia de intoxicación o Déficit neurológico

### **Tratamiento :**

- Los pacientes con lesión medular deben ser sometidos a cuidado intensivo con monitoreo estricto de estado hemodinámico y función respiratoria .
- El uso de Metilprednisolona puede considerarse una opción de tratamiento de efectividad dudosa .

**DEFINICION**

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

**EVALUACIÓN INICIAL**

se debe realizar una adecuada exploración física buscando signos de lesión en órganos diana (fondo de ojo, exploración neurológica, soplos, asimetría de pulsos, auscultación cardiopulmonar).

**MANEJO DE LAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS**

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

- En pacientes hipertensos previamente tratados, se puede incrementar la dosis de la medicación antihipertensiva que ya estuviese tomando o añadir otro fármaco.
- en pacientes con mal cumplimiento terapéutico, se debe reintroducir la medicación..
- en pacientes con ingesta de sal excesiva, hay que añadir un diurético e insistir en la restricción salina
- En individuos sin antecedentes de hipertensión, debe iniciarse el tratamiento antihipertensivo oral siguiendo las guías para el manejo de la HTA si persiste la elevación de la PA .
- En algunos casos, dependiendo de la respuesta inicial al tratamiento y de la comorbilidad, puede ser necesario el ingreso hospitalario del paciente.

**MANEJO DE LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS**

El objetivo general del tratamiento de las emergencias hipertensivas es la reducción rápida y parcial.

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.

- ✚ Antes de abordar el tratamiento antihipertensivo intravenoso, es preciso evaluar si el volumen está deplecionado.
- ✚ Es aconsejable que el manejo de los pacientes con emergencias hipertensivas sea realizado en unidades de Cuidados Intensivos .

**EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS**

La elección del fármaco inicial para el tratamiento de las emergencias hipertensivas debe realizarse SEGÚN el daño del órgano.

- Encefalopatía hipertensiva : cuadro clínico caracterizado por la presencia de elevación aguda de la PA, cefalea intensa y progresiva, náuseas, vómitos y alteraciones visuales . El objetivo inicial del tratamiento es reducir la PAD a 100- 105 mmHg en las primeras 2 a 6 horas, con un descenso máximo inicial no superior al 25% de la PA inicial.
- 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 vasoactivas .
- Isquemia coronaria aguda: En ocasiones, la elevación de la PA está relacionada con el estrés que supone el dolor.
- Preeclampsia y eclampsia: síndrome caracterizado por el comienzo de HTA y proteinuria a partir de las 20 semanas de gestación, en pacientes previamente normotensas .

**FÁRMACOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS**

- Nitroprusiato sódico: vasodilatador arterial y venoso que disminuye tanto la precarga como la poscarga, por lo que es especialmente ÚTIL en crisis hipertensivas acompañadas de insuficiencia cardiaca.
- Labetalol: bloqueante alfa1-adrenérgico selectivo y alfa-adrenérgico no selectivo, con un ratio de bloqueo de 1:7. El efecto antihipertensivo del labetalol comienza de 2 a 5 minutos después de su administración intravenosa,
- Esmolol: agente bloqueante -adrenérgico cardiselectivo, de acción ultracorta. La acción de este fármaco se inicia en 60 segundos,
- Fenoldopam; n vasodilatador periférico que ACTÚA en los receptores periféricos de dopamina-1. Se metaboliza rápidamente en el hígado mediante conjugación
- Nicardipino: un calcioantagonista dihidropiridínico de segunda generación, con una alta selectividad vascular y una fuerte actividad vasodilatadora arterial cerebral y coronaria,
- Nitroglicerina: es un potente agente vasodilatador venoso, y también arterial, en dosis altas, que disminuye la PA reduciendo la precarga y el gasto cardiaco.