

Nombre del alumno:

Nuria Jesabel Ramirez Pascacio.

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema:

“Politraumatizado”

POLITRAUMATIZADO

DEFINICION

Paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida.

MANEJO PRE HOSPITALARIO

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

Factores agravante

- edad > 60 años
- embarazo
- patología grave preexistente
- condiciones medio ambientales extremas

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 sobrevivida con el menor gasto de tiempo, recursos y personal.

Criterios de traslado

Los pacientes inestables deben ser trasladados al hospital más cercano con capacidad para realizar reanimación y eventual manejo quirúrgico de lesiones que ponen en riesgo la vida en forma inmediata.

Reanimación inicial ABCDE

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 ≈ 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

E: exposición y examen

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

MANEJO HOSPITALARIO

Reanimación inicial ABCDE

A: vía aérea con protección cervical

B: ventilación

En caso de neumotorax a tensión realizar pleurotomía.

POLITRAUMATIZADO

MANEJO HOSPITALARIO

Reanimación inicial ABCDE

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 v examen

- Prevención hipotermia
- Medición de T° 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 medico

- 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.

Factores de riesgo

- Cirugía
- Trauma de extremidades
- Inmovilidad, paresia
- Cáncer
- Edad avanzada

- Terapia transfusional

- Se debe realizar profilaxis antibiótica en todos los casos indicados, con esquema adecuado al tipo de lesión.

- Trauma abdominal penetrante y cirugía abdominal en general
- Toda cirugía contaminada
- Cirugía vascular
- Fracturas expuestas

Manejo quirúrgico

- Trauma cervical
- Trauma torácico
- Trauma abdominal
- Fractura de pelvis
- Trauma raquimedular

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.

- Se recomienda la descompresión quirúrgica de las lesiones compresivas de médula espinal cervical, especialmente si la compresión es focal y anterior.

- 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.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

