

Nombre del alumno:
CRISTIAN LOPEZ ROBLERO.

Nombre del profesor:
Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema:

“Politraumatizado”

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

POLITRAUMATIZADO

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 supervivencia 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.

vía aérea con protección cervical

- Mantener columna cervical inmovilizada manualmente
- Permeabilizar Vía Aérea con maniobras básicas
- Cánula Mayo (paciente inconsciente)
- Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min

Reanimación Inicial ABCDE

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.

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

déficit Neurológico (GCS)

- Determinar nivel de conciencia mediante escala de Glasgow
- Evaluar tamaño y respuesta pupilar
- Prevención de isquemia/aumento de presión intracraneal

Exposición y examen

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

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

MANEJO
HOSPITALA

Reanimación inicial ABCDE

Circulación

- Mantener accesos vasculares: venas periféricas, denudación, intraóseo
- Aportar cristaloides (SF).
- Control de hemorragias

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

Exposición y examen

- Prevención hipotermia
- Medición de T° central (>36)
- Exponer completamente para examinar y volver a cubrir.
- Realizar tacto rectal, instalar sonda Foley y sonda gástrica
- No trasladar a pacientes descubiertos

Manejo de Factores de riesgo medico

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

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.