

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA



MED.
FOS
V7142



ATENCION AL POLITRAUMATIZADO

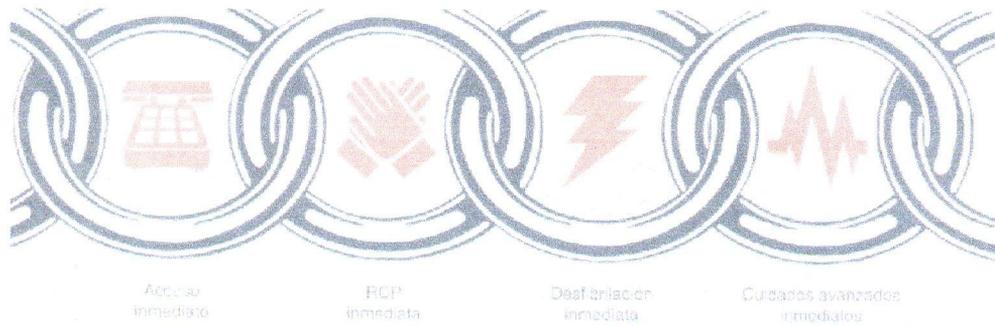
DR. RICARDO ZABALA

UNIV. MARIELA VILLALPANDO DE LA BARRA
UNIV. ELDY VILLAGOMEZ LLANOS
UNIV. PALMIRA VIGABRIEL

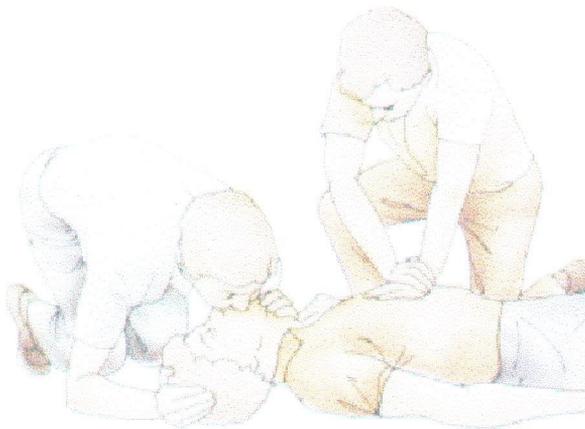
43.

75 h.

ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO



DEFINICIÓN: Politraumatizado es todo aquel paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático de las cuales al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida del mismo.



PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN

1) Reconocimiento primario.

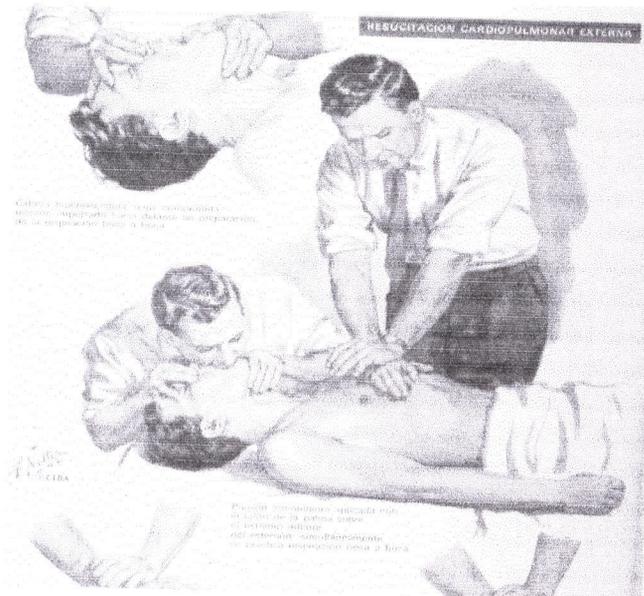


Asegurar permeabilidad de la vía aérea con control cervical y administrar oxígeno a alto flujo.

- Comprobación de consciencia (preguntar: ¿Qué le pasa?).
- Si inconsciente, escuchar ruidos respiratorios y abrir boca para ver vía aérea.
- Si obstrucción de vía aérea, maniobra de elevación de mandíbula con cuello en posición neutra, y limpieza de cavidad bucal. Si es necesario aspiración usar una sonda rígida.
- Colocación de cánula orofaríngea.
- Todas las técnicas se realizarán con riguroso control cervical.
- Administración de oxígeno a alto flujo ($F_i O_2$ 50%, 8-10 lpm) con mascarilla.
- Control de la respiración.
- Desvestir el tórax para comprobar movimientos torácicos y simetría del tórax.

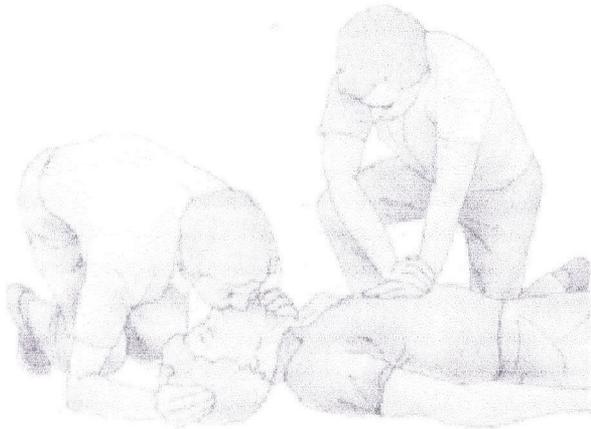
- Descartar la presencia de lesiones potencialmente letales (neumotórax a tensión, neumotórax abierto y tórax inestable). Si existe neumotórax a tensión, drenaje inmediato con colocación de Abbocath nº 14 o catéter de drenaje torácico en 2º espacio intercostal línea medio clavicular, o en 5º espacio intercostal línea medio axilar.
- Control circulatorio y de las hemorragias.
- Control inmediato de las hemorragias externas mediante compresión directa. No aplicar torniquetes.
- Comprobación de pulso, color y temperatura de la piel, relleno capilar y tensión arterial (mediante la detección de pulso carotídeo (< 60 mm Hg) y radial (< 80 mm Hg)).
- Monitorización ECG, TA y pulsioximetría.
- Examen neurológico.
- Valorar nivel de conciencia (AVDN: Alerta, verbal, dolor, no respuesta).
- Tamaño y respuesta pupilar.
- Escala de Glasgow.
- Desnudar al paciente.

2) Fase de resucitación.



- . Básicamente, será el tratamiento del shock, que se verá más adelante.
- . Si paciente inconsciente (en general, GCS < 8), en apnea o inestabilidad respiratoria, proceder a intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
- . Canalización de dos vías venosas de grueso calibre (Abbocath n° 14), preferentemente antecubitales. Si hipotensión o signos de hipoperfusión, proceder a infundir 1.000-2.000 ml de Ringer Lactato o Salino en 10-15 minutos, comprobando respuesta hemodinámica.
- . Monitorización de TA, FC, ritmo cardíaco y pulsioximetría, observando la evolución de los parámetros como índice de respuesta al tratamiento.
- . Si existiesen situaciones de asistolia (parada presenciada en el politraumatizado), FV, TV sin pulso/Disociación electromecánica o bradicardia extrema, a lo anterior se unirían protocolos específicos de RCP avanzada y SVA para cada caso.

Cualquier maniobra terapéutica encaminada a solucionar una situación de potencial amenaza vital se realizara en el momento de detectar esta, nunca al finalizar la valoración.



3) Reconocimiento secundario.

- * Cabeza y cara.
- Inspección de la cabeza.
- Palpación del cráneo.

- Comprobación de posibles lesiones faciales.

* Cuello.

- Inspección del cuello, prestando especial atención a la posición traqueal.

- Valorar existencia de laceraciones, hematomas, enfisema subcutáneo y características del pulso carotídeo.

- Explorar la nuca buscando zonas de crepitación y/o dolor.

* Tórax.

- Inspección y palpación.

- Auscultación de ambos hemitórax (Vértices: Neumotórax. Bases: Hemotórax).

- Se pueden citar las siguientes entidades como las más graves: Hemotórax, hemo-neumotórax, neumotórax (más grave si a tensión o abierto), contusión pulmonar, inestabilidad torácica, contusión cardíaca y taponamiento cardíaco.

* Abdomen y pelvis.

- Inspección, palpación y auscultación.

- Compresión lateral de la pelvis para comprobar posibles fracturas.

* Extremidades y espalda.

- Inspección y palpación. Búsqueda de crepitaciones.

- Cura de heridas, inmovilización de fracturas.

- Colocación en decúbito lateral para explorar la espalda (si es posible).

¡ojo! mantener siempre la tracción siguiendo el eje cabeza-cuello-tronco