

POLITRAUMATIZADOS son aquellos sujetos en los cuales el accidente traumático provoca simultáneamente la aparición de varias lesiones de igual ó distinta naturaleza en diversas estructuras y/o sistemas orgánicos, cuya coexistencia agrava extraordinariamente riesgo vital del paciente.

Son pues, traumatizados que presentan lesiones de más de un sistema u órgano.

La etiología del politraumatizado es la existencia de dos o más agentes traumáticos o bien de uno que actúe sobre dos o más partes del cuerpo.

El paciente politraumatizado es habitualmente un individuo previamente sano y en edad activa de la vida que, de manera brusca sufre un traumatismo capaz en ocasiones de alterar sus constantes vitales y comprometer su vida.

El tratamiento correcto de estos enfermos exige la existencia de una infraestructura extrahospitalaria en cuanto a medios técnicos y humanos ágil y moderna, personal bien adiestrado en medidas de soporte vital y capaz de acudir al lugar del accidente en minutos, como los Servicios que funcionan actualmente en Madrid (061 y S.A.M.U.R.).

El tiempo de demora en la asistencia es un factor determinante en la evolución del enfermo.

De lo mencionado hasta ahora, se deduce el interés de delinear un método o PROTOCOLO de asistencia inmediata a estos pacientes que permita una adecuada valoración y correcto tratamiento de urgencia. Estas reglas son.

1º.- No hacer más daño del que existe.

2º.- En primer lugar valorar y tratar las urgencias vitales, asegurando la permeabilidad de la vía aérea, control respiratorio y circulatorio (ABC de la RCP).

3º.- No pasar al siguiente estadio sin haber resuelto el anterior.

4º.- No olvidar que el enfermo es un proceso dinámico y, por tanto, debemos reevaluar continuamente sus constantes vitales.

5º.- Si durante la exploración el paciente presenta problemas urgentes nuevos, iniciar el protocolo asistencial desde el principio.

6º.- Tras resolver los problemas vitales, pasaremos a la valoración secundaria en la que se realizará un análisis pormenorizado de la cabeza a los pies en busca de posibles lesiones para su tratamiento.

VALORACIÓN DE CONSTANTES VITALES.

*** Frecuencia Cardíaca:** El punto de palpación habitual de la F.C. es la arteria Radial, pero si no lo encontramos, debemos recurrir a las grandes arterias Carótida y Femoral.

El pulso carotídeo es el último en perderse y desaparece cuando la T.A.S. es menor de 50-60 mmHg. En general, si se presenta pulso radial la T.A.S. es mayor de 80 mmHg. El pulso a nivel inguinal suele estar presente con T.A.S. superior a 70 mmHg.

Debemos fijarnos en la calidad ó amplitud del pulso: sí es débil (filiforme) o lleno; en la regularidad: si es

rítmico o no. Además se deben valorar los pulsos tibial posterior y pédio para asegurar la correcta circulación en extremidades inferiores.

* **Frecuencia respiratoria:** La inspección de la caja torácica y de los movimientos respiratorios servirán para conocer la frecuencia, presencia de taquipnea o bradipnea, regularidad, así como la profundidad de las respiraciones y el trabajo respiratorio.

* **Tensión Arterial :** Tomaremos la T.A. según la técnica habitual, tomando la T.A. sistólica y diastólica, si esto no fuera posible, intentaremos tomar la T.A.S., mediante el pulso radial.

* **Temperatura:** valoraremos hipo ó hipertermia.

VALORACIÓN DE OTROS SIGNOS DE INTERES.

* **Color de la piel:** Depende fundamentalmente de la mayor o menor presencia de sangre circulante en el lecho capilar de la piel. Tanto el enrojecimiento, la palidez, como la cianosis o la ictericia, tienen importancia clínica. Si el paciente no es de raza blanca, para valorar la coloración debemos de examinar las mucosas, las palmas de las manos y las plantas de los pies.

Recordar que los estados de hipertensión arterial, hipotermia e intoxicación por CO suelen acompañarse de piel enrojecida. La piel Pálida es habitual en los estados de shock. La cianosis en insuficiencia respiratoria por hipoxemia y la ictericia en enfermedades hepáticas o de la vía biliar.

* **Relleno capilar:** Se refiere a la capacidad del aparato circulatorio para restaurar la circulación en un lecho capilar, previamente presionado, siendo normal que invirtiera menos de 2 segundos.

* **Tamaño pupilar y respuesta a la luz:** El traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) y algunas drogas pueden modificar el tamaño pupilar y la respuesta de las pupilas a la luz.

* **Nivel de conciencia, movilidad y respuesta al dolor:** Valorado como ya es sabido mediante la ESCALA DE GLASGOW.

RECONOCIMIENTO PRIMARIO

En esta fase debemos de identificar y valorar los problemas que comprometen la vida del paciente, para lo que seguiremos los siguientes pasos:

1º.- Control de la vía aérea: La primera actuación estará dirigida a la exploración de la vía aérea, valorando el nivel de conciencia y la relación de este con una posible obstrucción en ella, en cuyo caso hemos de proceder a la permeabilidad.

Si la obstrucción de las vías aéreas es causada por un cuerpo extraño, procederemos inmediatamente a retirarlo y limpiar la cavidad bucal.

Hay que tener en cuenta que, estando el paciente inconsciente, lo más probable es que la lengua se haya desplazado hacia atrás ocluyendo las vías respiratorias. Este problema se corrige mediante la maniobra FRENTE-MENTÓN.

Ante la sospecha de lesión cervical debemos inmovilizar el cuello en posición neutra con la colaboración de un ayudante, mientras se establece la vía aérea permeable. Posteriormente colocaremos un collarín cervical y/o saquitos de arena laterales hasta descartar lesión por Rx.

En muchas ocasiones se hace imprescindible la colocación de una cánula orofaríngea o cánula de Guedell para asegurar el paso de aire. Si no es efectivo debemos permeabilizar la vía aérea mediante intubación oro/naso traqueal, o en último extremo establecer una vía aérea quirúrgica (cricotiroidectomía)

2º.- Control respiratorio: Una vez asegurada la permeabilidad de la vía aérea hemos de comprobar si el aire entra y sale correctamente de los pulmones. Procederemos a desvestir el tórax para visualizar los movimientos respiratorios valorando la profundidad y frecuencia de los mismos.

Al mismo tiempo, observaremos si presenta algún signo de traumatismo torácico que pueda alterar su correcta ventilación, ya que, si el enfermo presenta dolor intenso, disnea y/o movimientos paradójicos del tórax hemos de sospechar una fractura-hundimiento de la caja torácica causante de una insuficiencia respiratoria grave debido a un neumotórax abierto o tórax inestable. Se descomprimirá el neumotórax por medio de la colocación de un drenaje pleural. En caso de neumotórax abierto, procederemos a su cierre mediante la colocación de un apósito que sobrepase los bordes de la herida, fijando tres bordes y dejando uno libre a modo de válvula.

3º.- Control Circulatorio y de la Hemorragia:

** Control circulatorio.*

Inicialmente podemos obtener suficiente información a través del pulso, coloración de la piel TAS y TAD, haciendonos una idea de la gravedad de la situación y marcando la siguiente pauta de actuación:

– A todo paciente politraumatizado debemos canalizarle dos vías periféricas de grueso calibre, que permitan la infusión masiva y rápida de líquidos. Es el estado hemodinámico del paciente y su respuesta a los líquidos administrados los factores que determinarán la cantidad y características de los catéteres y las zonas colocación de los mismos. Inmediatamente después de canalizar las vías, procederemos a la extracción de muestras para analítica (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y pruebas cruzadas).

Si la urgencia de la situación lo requiere se administrará sangre sin cruzar.

– Es importante tener al enfermo monitorizado ya que nos informa de la frecuencia , ritmo y regularidad del latido cardíaco.

** Control de la Hemorragia:*

La hemorragia externa, interna o ambas nos exigen una actuación rápida, pues pueden comprometer la vida del paciente.

El primer paso es la detección e identificación de hemorragia externa importante, ante la cual hay que realizar compresión directa manual. En hemorragia externa leve podemos emplear el vendaje compresivo y férulas neumáticas.

Cualquier objeto penetrante que ha producido una herida y hemorragia nunca debe ser retirado ya que podremos provocar un aumento de la hemorragia. Se procederá a la extracción por el cirujano en el quirófano.

Se desaconseja el empleo de torniquetes por ser más perjudicial que beneficioso.

4º.- Breve valoración neurológica: Tras solucionar los problemas vitales, realizaremos una somera valoración del nivel de conciencia y de las pupilas.

5º.- Desvestir al paciente por completo : Para evitar que pase desapercibido cualquier tipo de lesión.

6º.- Reevaluar la constantes vitales. Tomando pulso, TAS Y FR

7º.- Colocación de sondas. Estos procedimientos no siempre están indicados y, ya que es tarea de Enfermería la colocación de los mismos debemos conocer cuando existen contraindicaciones:

– *Sondaje vesical:* No debe ser realizado en caso de presencia de sangre en el meato o hematoma de escroto ya que estos son signos sugestivos de rotura de uretra. Deberá descartarse por uretrografía.

– *Sondaje nasogástrico.* Está contraindicado en caso de TCE y facial, con licuorrea por nariz boca u oídos por probable fractura de lámina cribiforme y riesgo de colocación de la sonda en cavidad craneal. Ante estas situaciones se introducirá la sonda por la boca.

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL T.C.E. Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1º.- Asegurar vía aérea permeable con control de columna cervical , administrar O2.

2º.- Conseguir en todo momento ventilación adecuada.

3º.- Canalizar al menos una vía periférica de calibre grueso.

4º.- Valoración neurológica mediante la ESCALA DE GLASGOW, control del tamaño y reacción pupilar. Realizar reevaluación neurológica continuada.

5º.- Monitorizar y valorar las constantes vitales. Recordar que:

– Hipotensión+taquicardia= Shock hipovolémico.

– Hipertensión+bradicardia= P.I.C. elevada.

– Hipotermia= Lesión del tronco o médula.

– Hipertermia= Lesión cerebral, hemorragia subaracnoidea.

6º.- Inspección y palpación de la cabeza. Se ejercerá compresión en caso de herida sangrante y posteriormente se procederá a la limpieza y retirada de cuerpos extraños. A continuación, cubrir la herida con un apósito estéril.

7º.- Colocación de sondaje vesical. Si no existe sospecha de traumatismo pélvico añadido.

8º.- Balance exhaustivo de líquido.

9º.- Prevenir y/o tratar las convulsiones.

10º.- Administrar profilaxis antitetánica en caso de que haya herida.

11º.- Confeccionar historia del accidente y hacer los registros de enfermería oportunos.

12º.- En TCE de cierta entidad, es obligado la consulta al NEUROCIRUJANO.

TÉCNICA DE RETIRADA DEL CASCO AL MOTORISTA ACCIDENTADO.

1º.-Paciente en decúbito supino; sino está en esta posición pasarlo con control cervical y movimiento en

bloque de todo el cuerpo.

2º.- Valoración inicial del enfermo:

a) Si tiene insuficiencia respiratoria, proceder a la retirada inmediata del casco según la técnica que se describe a continuación.

b) Si no tiene insuficiencia respiratoria hacer Rx lateral cervical previa a la retirada del casco.

3º.- Tracción lineal por el casco con la cabeza en posición neutra.

4º.- Cortar o desabrochar la cinta fijadora del casco si la tiene. Los cascos integrales deben ser cortados con cizalla hasta desprender la protección mandibular.

5º.- Un ayudante inmoviliza el cuello colocando sus manos en el interior del casco.

6º.- El primero procede a retirar el casco forzando ampliación lateral del mismo, mientras que el ayudante continúa inmovilizando el cuello para evitar su flexoextensión.

7º.- Al casco se le aplica un movimiento de flexión para liberar la región occipital.

8º.- Una vez retirado el casco, se mantiene la tracción lineal y se coloca un collarín cervical.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN TRAUMATISMO DE COLUMNA

1º.- Resolver los problemas vitales, evitando movilizar la columna. Posteriormente, hacer Rx de C. cervical lateral.

2º.- Mantener la inmovilización hasta descartar por Rx lesión vertebral traumática.

3º.- El tipo de accidente y la búsqueda por inspección y palpación de los signos de lesión espinal traumática, así como la correcta interpretación de los síntomas deben hacer sospechar una lesión.

Atención especial a las alteraciones motoras, sensitivas y al dolor.

4º.- El tratamiento de urgencia incluye la inmovilización cervical con collarín y empleo de tablas.

5º.- La parálisis de los músculos respiratorios (insuficiencia respiratoria) y la vasoplejía (shock medular) son complicaciones importantes que pueden agravar el pronóstico.

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE TRAUMATISMOS EN EXTREMIDADES.

Una vez resueltos los problemas vitales de vía aérea, ventilación y circulación con control de la hemorragia, el tratamiento inicial de las fracturas incluye:

1º.- En las fracturas abiertas, tras controlar la hemorragia externa con compresión directa, procederemos al cuidado de la herida, lavándola con solución salina retirando cuerpos extraños y esfacelos, cubriéndola con apósitos estériles.

2º.- Tras comprobar la perfusión distal palpando pulsos periféricos y tª del miembro, si la fractura presenta desviación debemos alinearla mediante discreta tracción para posteriormente proceder a su correcta inmovilización con férulas rígidas o neumáticas, que deben extenderse hasta la articulación por encima y por

debajo de la fractura.

3º.- Los estudios radiológicos se deben postponer hasta que se hayan inmovilizado las fracturas y cubierto las heridas.

4º.- Todas las luxaciones deben reducirse lo antes posible por el traumatólogo; algunas requieren para su reducción anestesia general.

5º.- Mantener al paciente a dieta absoluta en previsión de cirugía de urgencia.

6º.- Profilaxis antitetánica que dependerá del tipo de herida y del estado inmunitario previo.

Inmovilización de las fracturas

1º.- En las fracturas que afectan a la mano. Se procederá a inmovilización con férulas en posición anatómica con un rollo de gasa en la cavidad palmar.

2º.- Fracturas del extremo distal del antebrazo y muñeca. Inmovilizar alineadas sobre férulas rígidas o neumáticas procurando que los dedos no alcancen el extremo para evitar edemas.

3º.- Fractura del antebrazo. Proceder al entablillado del antebrazo y colocar el brazo en cabestrillo.

4º.- Fractura de húmero. Cuando la articulación del codo no se puede flexionar, se entablilla el miembro ejerciendo una tracción suave sobre la mano y se coloca la férula neumática o rígida.

5º.- Fractura en la región del hombro. Colocar brazo en cabestrillo y vendaje triangular alrededor del cuello.

6º.- Fractura de fémur. Se inmoviliza con férula de tracción. Si lo requiere el estado del paciente se pueden utilizar los pantalones antishock, incluso aplicando tracción.

7º.-Fractura de rodilla. Inmovilización con férula larga neumática o rígida desde cadera al tobillo.

8º.-Fractura de pierna. Inmovilizar con férula rígida o neumática desde el pie hasta la parte superior del muslo.

9º.- Fracturas y/o luxación de tobillo. Inmovilizar desde el pie hasta por debajo de la rodilla.

10º.-Lesiones traumáticas del pie. Inmovilizarlo con férula neumática apropiada en calcetín.

11º.- Luxación de cadera. Debe inmovilizarse en la posición que la encontraremos. Precisa anestesia general para su reducción.

AMPUTACIÓN

Supone la pérdida traumática de un miembro.

1º.-Las partes amputadas se enviarán con el paciente cuidadosamente conservadas y lo antes posible, pues el tiempo es el factor determinante para que la implantación tenga éxito.

2º.-Se limpiarán las partes amputadas de cuerpos extraños, se introducen en una bolsa de plástico estéril y se rodea con hielo picado. Con el enfriamiento la viabilidad del miembro pasa de 6 a 18 horas.

3º.- Canalización de vía periférica.

4º.- Control de la hemorragia.

5º.-Preparación del paciente para quirófano.

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL TRAUMA ABDOMINAL

1º.-Valoración del estado de conciencia.

2º.- Establecer, si no la hay y mantener la permeabilidad de la vía aérea con control de la columna cervical.

3º.- Respiración. Si la hay aporte de oxígeno con mascarilla.

Si no la hay, avisar para que el paciente sea intubado.

4º.- Canalizar dos vías venosas de grueso calibre.

5º.- Obtener muestras analíticas solicitadas.

6º.- Iniciar perfusión con fluidos indicados.

7º.- Monitorizar al paciente.

8º.- Sondaje gástrico. Efectuado por vía oral si existen signos de traumatismo craneofacial

9º.- Sondaje vesical. No efectuarlo en caso de que existan sospechas de rotura uretral o traumatismo pelvico.

10º.- Vigilar calidad y cantidad de la orina.

11º.- En caso de que se requiera por parte del cirujano la realización de lavado peritoneal con el fin de ver si existe sangre en dicha cavidad preparación del material y ayuda en la realización de esta técnica.

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO.

Nuestra actuación no va a salirse en este caso de los esquemas habituales de valoración inicial en cualquier paciente traumatizado. Se seguirán los puntos A, B, C de la Reanimación Cardiopulmonar , cuando el estado del paciente lo precise.

Posteriormente se efectuarán en la valoración secundaria del tórax las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias y se descartarán todas las posibilidades, lesiones intratorácicas, entrando ya en una valoración continuada del traumatismo toracico.

El esquema de actuación será:

a) Permeabilizar vía aérea si no lo estuviese y mantener permeable.

Collarín cervical.

b) Si el paciente ventila, aporte de O2 con mascarilla hasta obtener GA.

Si el paciente no ventila ,ventilar con ambú hasta su intubación.

Si no ventila y no tiene pulso, iniciar REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

c) Circulación

Canalización de dos vías periféricas gruesas.

Obtención de analítica incluyendo GA.

Sondaje gástrico y vesical si no estuviese contraindicado

VALORACION CONTINUA DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO

1º.- Nivel de conciencia

* Normal

*Agitado. Puede indicar hipoxia.

*Confuso. Puede indicar hipercapnia.

2º.- Vía aérea superior

* Revisión de la vía aérea.

* Valorar el tono de voz. normal, ronquera, disfonia.

3º.-Ventilación

* Simetrica

*Asimetrica por secreciones-----Aspirar secreciones

*Asimétrica por hipoventilación. Posible neumotórax o atelectasias.

* Tiraje.

4º.- Corazon

* Complejos normales en monitor

*Complejos anormales en monitor.

Disminución del tamaño. Posible taponamiento o neumotórax.

5º.- Palpación

* Normal

* Enfisema subcutáneo. Detectar su aparición y su aumento.

6º.- Circulación

* Color. Detección de cianosis.

* Relleno capilar.

* Frialdad, sudoración.

7º.- Cuello

* Enfisema subcutáneo inicial. Posible rotura traqueobronquial.

* Desviación traqueal. Posible neumotórax a tensión .

* Ingurgitación yugular. Con TA y PVC elevada, posible taponamiento cardiaco.

8º.- Tubo endotraqueal

* Fijación y posición

* Ausencia de pérdidas.

* No obstrucción.

9º.- Drenajes torácicos

* Permeables y fijados.

* Prevenir posibles fugas de aire.

* Drenado horario.

* Nivel de aspiración.

10º.- Confort y ausencia de dolor.

SALA DE DEMOSTRACION.

POLITRAUMATIZADO.

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
LEGANÉS(MADRID).

Objetivo general:

Aprender y realizar correctamente protocolo de actuación ante un politraumatizado.

Objetivos específicos:

- Saber valorar adecuadamente prioridades de actuación en el politraumatizado.
- Aprender y realizar correctamente la movilización de un politraumatizado: alineación de cuello, columna, extracción de casco.
- Asimilar protocolos de actuación que faciliten una actuación rápida y eficaz:

- Permeabilidad de la vía aérea, control cervical.
- Ventilación adecuada, traumatismo torácico.
- Circulación eficaz, control de la hemorragia.

Material:

- Collarines cervicales rígidos.
- Manta
- Tubos de güedell
- Válvula de Heimlich.

Através del 061 creo que conocen la camilla de tijeras, colchón de vacío, monitores, férula de kendrich.