

Manejo inmediato del paciente politraumatizado en shock hipovolémico

Hécate Benages Navarro; Tamara Herrera Floro

Paciente politraumatizado

Se define al paciente politraumatizado como aquel que presenta lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente y que al menos una de ellas comporta riesgo vital.

Las lesiones producidas pueden ser: fracturas, TCE, lesiones medulares, contusiones torácicas y abdominales.

El **shock hipovolémico** constituye el primer factor de mortalidad.

Objetivo

- Identificar los protocolos existentes en la actuación del PTT
- Conocer el tratamiento inmediato del shock hipovolémico en el PTT.

Metodología

Revisión bibliográfica de protocolos y guías de uso en el PTT, artículos científicos destinados al manejo inicial, extrahospitalario y hospitalario del paciente PTT en shock hipovolémico. Palabras clave: Politraumatizado / multiple trauma / Atención inmediata / Immediate management / shock hipovolémico / hypovolemic shock

Fuentes: Medline / PubMed / Elsevier / Cochrane

Manejo inmediato del PTT

VALORACIÓN PRIMARIA

- **A: AIRWAY:** permeabilidad de la vía aérea con control cervical
- **B: BREATHING:** oxigenación y ventilación
- **C: CIRCULATION:** circulación y control de las hemorragias
- **D: DISABILITY:** Evaluación neurológica
- **E: EXPOSURE:** Exposición del paciente, entorno

VALORACIÓN SECUNDARIA

Detección de lesiones + Valoración de las mismas + Monitorización

Revaluación cada 5 min

Código PTT

Estandarización de los cuidados:

CRITERIOS FISIOLÓGICOS

CRITERIOS ANATÓMICOS

MECANISMOS DE LESIÓN

CONSIDERACIONES INDIVIDUALES

Shock hipovolémico

Se entiende por shock hipovolémico/hemorrágico la reducción de la perfusión en los órganos vitales, lo que reduce la oxigenación y por lo tanto el adecuado funcionamiento de los tejidos.

PARÁMETRO	CLASE			
	I	II	III	IV
Pérdida ml	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Pérdida %	<15	15-30	30-40	>40
FC	<15	>100	>120	>140
TAS	120	<100	<80	<60
FR	14-20	20-30	30-40	>35
Diuresis	>30	20-30	5-15	Anuria
Nivel de conciencia	Orientado, tranquilo	Ansioso, agitado	Confuso, somnoliento	Letargo

Causas de shock hipovolémico en el PTT:

- Fracturas de huesos largos
- Fracturas de pelvis
- Hemorragias abdominales
- Heridas penetrantes
- Amputaciones
- Contusiones torácicas (taponamiento cardíaco)

Tratamiento y reposición de líquidos

Compresión externa manual

- Compresión arterial distal: descompresión cada 3-4 min, evaluar el sangrado y vascularizar la extremidad
- Vendaje compresivo
- Elevación del miembro
- Torniquete (riesgo de la viabilidad de la extremidad)

Reposición de líquidos:

POR CADA ml DE LÍQUIDO PERDIDO SE REPODRÁN 3ml DE SOLUCIÓN

- COLOIDES: Albúmina, gelatinas y dextrans
- CRISTALOIDES: S. Fisiológico 0,9%, Ringer Lactato, S. Salina hipertónica al 7,5%
- HEMODERIVADOS: descartados en atención extrahospitalaria

OBJETIVO: aumento de la TA: restableciendo la hemodinámica del paciente en proporción 3:1 (cristaloides y coloides)

TENIENDO EN CUENTA: Hipotensión permisiva o reanimación hipotensora: mantener PAS entre 80-90mmHg

Conclusión

El tratamiento inmediato del paciente PTT actualmente se resuelve de manera estandarizada y protocolarizada en todos sus aspectos básicos, la reposición de líquidos requiere una mayor investigación para poder establecer criterios unificados en cuanto a las soluciones que disponemos en el mercado, así como la revaloración del uso de hemoderivados en los servicios extrahospitalarios donde se realiza de manera inmediata el tratamiento del PTT.

Las leyes actuales en referencia a la administración de fármacos por parte del personal de enfermería tienden en estos casos a desfavorecer la rápida intervención.

Trabajos citados

- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, SESCAM. Guía asistencial urgencias y emergencias extrahospitalarias. Segunda edición 2014. ISBN: 978-84-697-1096-8
- Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Memoria de emergencias médicas 2013.
- Prat S, Domínguez-Sampedro P, Koo M, Colilles C, Jiménez-Fábrega X, Espinosa L. Un año de registro de traumatismos graves en Cataluña. Emergencias. 2014;26:267-274
- Navarro S, Koo M, Orrego C, Muñoz-Vives JM, Rivero M, Montmany S, et al. Estudio para la mejora de la atención hospitalaria inicial del paciente politraumatizado: proyecto TRAUMACAT. Med Clin(Barc).2014;143(1):25-31
- Olarte CM, Nossa JM, Villarreal G, Mejía A, Segura O. Efecto de la transfusión sanguínea en la mortalidad en politraumatismo. Rev Colomb Ortop Traumatol. 2015; 29 (2):43-48
- Chacón E, Quijada ME, Blanco L. Protocolos extrahospitalarios de fluidoterapia en trauma grave, ¿lo estamos haciendo bien?. Rev. Enferm. CyL. 2014; 6 (2):31-38