



U N I V E R S I D A D
AUTÓNOMA
D E I C A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE TRABAJO ACADÉMICO

**“PACIENTE CON HEMORRAGIA MASIVA Y TRAUMA
POLITRAUMATIZADO EN EL HOSPITAL “SAN JOSE” –
CHINCHA, 2017”**

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

PRESENTADO POR:

LIC. FANNY LUZ CASTAÑEDA SALVATIERRA

ASESOR:

DRA. MAGDALENA TALLA LINDERMAN.

CHINCHA-ICA-PERU, 2017

ÍNDICE

ÍNDICE	2
DEDICATORIA.....	4
RESUMEN	5
PALABRAS CLAVE	5
I. INTRODUCCION.....	6
II. MARCO TEORICO	7
1.1. POLITRAUMATISMO.....	7
1.2. MEDIDAS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD	7
1.2.1. USO DE GUANTES.....	7
1.2.2. MANEJO DE MATERIALES PUNZOCORTANTES.....	8
1.2.3. MANEJO APROPIADO DE SANGRE	8
1.2.4. LAVADO DE MANOS.....	8
1.3. CAUSAS DE MUERTE	8
1.3.1. PRIMER PICO.....	8
1.3.2. SEGUNDO PICO.....	8
1.3.3. TERCER PICO	9
1.4. LA HORA DORADA.....	9
1.5. TRIAJE.....	9
1.6. TRIAJE EN DESASTRES	10
1.6.1. NEGRO	10
1.6.2. ROJO.....	10
1.6.3. AMARILLO	10
1.6.4. VERDE	10
1.6.5. BLANCO.....	10
1.7. ASISTENCIA AL POLITRAUMATIZADO	11
1.7.1. REVISION PRIMARIA Y RESUCITACION.....	11
1.7.2. REVISION SECUNDARIA.....	12
1.8. GLASGOW COMA SCORE (GSC).....	12
1.9. HEMORRAGIA.....	12
1.9.1. HEMORRAGIA GRADO I	12
1.9.2. HEMORRAGIA GRADO II.....	12
1.9.3. HEMORRAGIA GRADO III	13
1.9.4. HEMORRAGIA GRADO IV.....	13
1.10. AYUDA NEMOTECNIA ÚTIL.....	13

III. ANTECEDENTES	14
IV. BASES TEORICAS	16
CAPITULO I	17
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	17
1. DEFINICIÓN.....	17
2. INCIDENCIA.....	17
3. ETIOLOGÍA	17
4. EPIDEMIOLOGIA.....	18
5. PATOLOGÍA.....	18
6. FISIOPATOLOGÍA	18
7. FACTORES DE RIESGO	18
8. CLASIFICACIÓN.....	18
9. LAS FORMAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN	19
10. REPERCUSIONES	19
CRONOGRAMA.....	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXO.....	22

DEDICATORIA

A mi familia, que ha estado a mi lado siempre y han sido mi inspiración a seguir trabajando en este proyecto de investigación y me ayudaron a seguir hasta aquí.

A mis amigos y colegas que me han apoyado constantemente, por estar conmigo y enseñarme a crecer, y que si me caigo siempre debo levantarme.

RESUMEN

Introducción: El paciente ingresa al hospital San José de Chíncha, a la sala de emergencia, después de haberse solicitado la ambulancia, por un accidente automovilístico de sexo masculino, con 30 años, sin antecedentes de enfermedades. El personal encargado llegó después de media hora ocurrido la incidencia. **El objetivo** fue conocer el caso clínico presentado en el Hospital San José de Chíncha en el mes de Junio de 2017 con sangrado masivo y politraumas. **Concepto:** El trastorno de coagulación suelen tener factores desencadenantes diversos, como; dilución, consumos de factores, hipotermia y coagulopatía que se le denomina la triada letal. **Caso clínico:** Hemorragia masiva y trauma politraumatizado **Evolución:** El paciente sobrevive a la cirugía pero pese a todos los intentos por salvar su vida, el paciente fallece en UCI, debido a que presentó varios traumas con sangrado masivo.

PALABRAS CLAVE

Hemorragia masiva, trauma politraumatizado, unidad de cuidados intensivos.

I. INTRODUCCION

La formación que los médicos y el personal de salud reciben en los hospitales resulta insuficiente para la adecuada atención de una catástrofe. Que se presentan en tres fases, la primera la prehospitalaria, la segunda que la del plan hospitalario y el tercero que es la interhospitalario.

La población en forma continua se ve expuesta a situaciones amenazantes, dado la vulnerabilidad y el uso inapropiado de los espacios y las conductas transgresoras, por lo tanto, sucesos naturales como derivados a emergencias y desastres en el mundo.

Los desastres que producen muertes, lesiones, invalidez, migraciones y miseria de víctimas, donde cada año se incrementan las victimas mortales.

Las situaciones médicas son el cambio repentino del estado de salud del sujeto, causado por una lesión o condición de salud, las situaciones médicas requieren una respuesta instantánea por parte de cuidados y otro miembro de salud.

En el área de sala de emergencias se pueden observar y presenciar diferentes tipos de accidentes extrahospitalaria con hemorragias y múltiples lesiones. En este trabajo de investigación se va presentar un caso clínico de hemorragia masiva en un paciente con traumas politraumatizado.

II. MARCO TEORICO

1.1. POLITRAUMATISMO

Actualmente los traumas son el factor principal causante de muerte dentro de los primeros cuatro décadas de vida. Como causa de mortalidad mundial en todas las edades, este tipo es superado únicamente por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

El fallecimiento en los pacientes con politraumatismos se puede dar en los primeros segundo o minutos pasado el accidente, que en general las lesiones son complejos de tratar, limitando las oportunidades que el paciente se salve, después de haber pasado por esta etapa se les denomina la “hora de oro” donde se le puede impedir algunos fallecimientos que se pueden prevenir

El termino politraumatismo se puede emplear en dos situaciones, la primera para referirse a los pacientes con varias lesiones o fracturas cuando no representa un riesgo al paciente.

Entonces politraumatizado es toda persona que presenta de dos a más lesiones traumáticas graves.

1.2. MEDIDAS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD

El paciente que ingresa al servicio de emergencias debe ser considerado por ser portador de enfermedades de transmisión, por ello debe de aplicar las medidas universales de protección:

1.2.1. USO DE GUANTES

Es importante el uso de tapabocas, lentes, polainas y ropas impermeables, para cubrir la piel del contacto con sangre.

1.2.2. MANEJO DE MATERIALES PUNZOCORTANTES

Las agujas y elementos punzocortantes deben de ser aislados y desechados adecuadamente, después de utilizarlos y previamente a su utilización deberían de ser esterilizados y desinfectados.

1.2.3. MANEJO APROPIADO DE SANGRE

Incluye la manipulación adecuada de la sangre, líquidos y superficiales corporales en su transporte y manipulación en el laboratorio.

1.2.4. LAVADO DE MANOS

Si se da el contacto con fluidos líquidos y/o sangre antes y después se deben de lavar las manos y utilizar guantes de seguridad.

1.3. CAUSAS DE MUERTE

El trauma politraumatismo, tiene una clasificación de tres modos:

1.3.1. PRIMER PICO

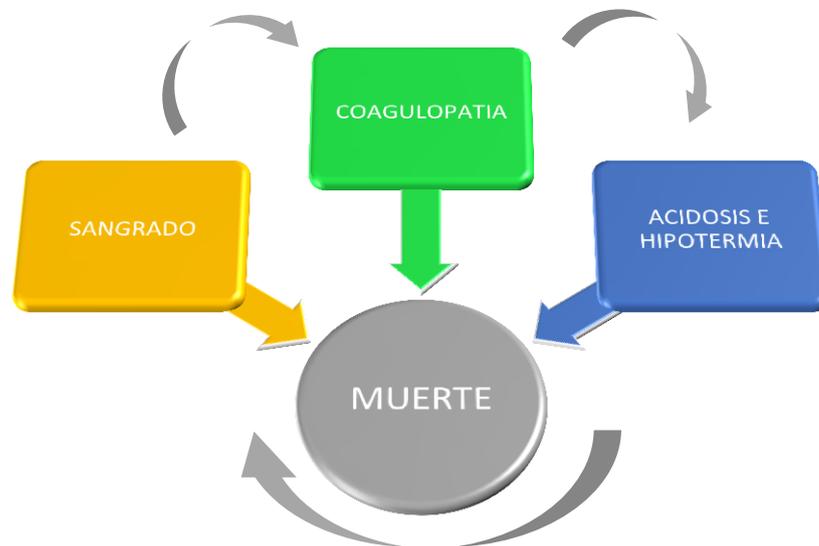
Aquí el paciente fallece de forma inmediata o en los siguientes minutos al accidente, por ruptura de vasos sanguíneos, lesión en algún órgano, obstrucciones a las vías respiratorias, etc.

1.3.2. SEGUNDO PICO

Aquí el paciente pasada los 3 a 4 horas pasados el accidente, las muertes son por hematomas o hemorragias cerebrales, ruptura de bazo, hígado y/o lesiones que ocasionan grandes hemorragias.

1.3.3. TERCER PICO

Muerte de forma tardía, pasa en unos días o semanas después del accidente, debido a sepsis o fallos multiorgánica.



1.4. LA HORA DORADA

Se le llama la hora de oro al intervalo de tiempo que ocurre desde el accidente hasta los 70 minutos siguientes en lo que se debe brindar una atención sanitaria rápida, para poder salvar una mayor cantidad de vidas. Existen tres condiciones que se deben de cumplir:

1. Inicio del tratamiento
2. Reducción del tiempo de movilización desde el lugar del acontecimiento hasta el establecimiento de salud
3. Movilización en el medio adecuado y con el personal capacitado, para brindar el cuidado competente.

1.5. TRIAJE

El triaje o protocolo de intervención es el método de selección y clasificación a los pacientes empleados en medicina de emergencia y desastres.

1.6. TRIAJE EN DESASTRES

La clasificación que se ha empleado en la guerra, se ha extendido en los accidentes catastróficos, clasificándolos en colores:

1.6.1. NEGRO

Este color referencia que la posibilidad de que el paciente se recupere es nulas.

1.6.2. ROJO

Este color hace referencia a que el paciente tiene posibilidades de sobrevivir pero que la actuación médica debe ser inmediata.

1.6.3. AMARILLO

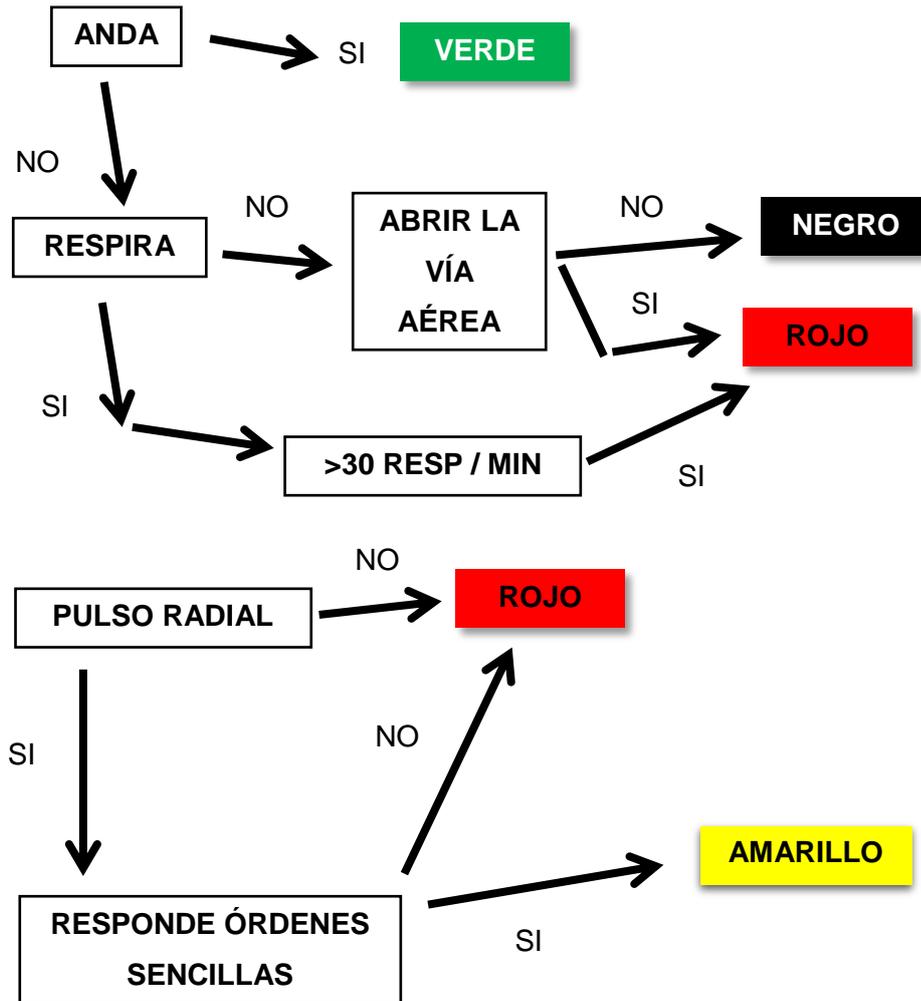
Este color hace referencia que la situación del paciente es de urgencia con riesgo vital.

1.6.4. VERDE

Este color referencia a que el paciente esta levemente lesionado, pero que se puede trasladar y no requiere traslado especial.

1.6.5. BLANCO

Este color regencia que no es urgente, el paciente muestra problemas no agudos, no necesita que sea especialmente asistido en el área de emergencia porque sus molestias son menores.



1.7. ASISTENCIA AL POLITRAUMATIZADO

1.7.1. REVISION PRIMARIA Y RESUCITACION

A. AIRWAY. Vía Aérea con control de la columna cervical.

B. BREATHING. Respiración y Ventilación.

C. CIRCULATION. Circulación con control de la hemorragia.

D. DISABILITY. Daño neurológico. (Mini examen Neurológico) con un método simplificado ARIP que explora de forma rápida:

- Alerta.
- Respuesta Verbal.
- Conciencia
- Pupilas (Iguales, simétricas y que respondan a la luz)

E. EXPOSURE. Desnudar paciente, Exposición del paciente con prevención de la hipotermia.

1.7.2. REVISION SECUNDARIA

Luego de haber estabilizado al paciente se debe de realizar a hacer una exploración física y más detallada con pruebas complementarias rápidas con un diagnostico detallado y sofisticado con un tratamiento alterno.

1.8. GLASGOW COMA SCORE (GSC)

Que oscila en un rango de puntuación de 3 a 15 puntos, valorando la apertura de ojos, la respuesta verbal y la mejor respuesta motora.

VALORACIÓN TCE

Leve: 14-15 puntos

Moderado: 9-13 puntos

Grave: 3-8 puntos

1.9. HEMORRAGIA

Se diferencia según la magnitud que presente el paciente:

1.9.1. HEMORRAGIA GRADO I

Es la pérdida hasta el 15% del volumen de sangre, signos de taquicardia discreta y 100xmin.

1.9.2. HEMORRAGIA GRADO II

Aquí se presenta una pérdida de 15-30% del volumen de sangre, signos; taquicardia, taquipnea y disminución de la presión y pulso, ansiedad y diuresis.

1.9.3. HEMORRAGIA GRADO III

Aquí se presenta una pérdida de 30-40% del volumen de sangre, signos; taquicardia, taquipnea, ansiedad y confusión, caída de presión sistólica y diuresis.

1.9.4. HEMORRAGIA GRADO IV

Es la pérdida del 40% a más del volumen de la sangre, manifestando el paciente con un riesgo crítico a muerte, signos; taquicardia, taquipnea, caída grave de presión arterial, diuresis, depresión grave y requiere transfusión masiva e intervención quirúrgica.

1.10. AYUDA NEMOTECNIA ÚTIL

A - Alergias

M - Medicamentos tomados habitualmente

P - Patologías previas

U - Última ingesta

A - Ambiente y eventos relacionados con el trauma

III. ANTECEDENTES

Fernández, E. y cols. (2010), en el artículo publicado titulado “Alternativas terapéuticas de la hemorragia masiva”, donde menciona que es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el paciente que se presenta múltiples traumas donde una de las más importantes se debe someter a pacientes.

El tratamiento que le brindaron de forma convencional que se basa en la reposición del volumen de sangre por medio de la infusión de grandes cantidades de fluidos y transfusión de hemoderivados, con la finalidad de asegurar la perfusión y oxigenación tisular.

Los autores en la revista publicada abordan desde un enfoque medico actualizado en el manejo de hemorragias masivas. Se preconiza infundir cristaloides de forma pautada para lograr la presión arterial sistólica de 85 mmHg.

La administración de hemoderivados debe ser prematura y con ratio 1:1:1 en cantidades con concentración de matéis, plasma y plaquetas, la coagulopatía se pueden presentar de forma precoz o tardía. Salvo el ácido tranexámico, discutiendo la relación del costo de los fármacos.

Mejía, J. (2009), en su artículo publicado por título “Hemorragia y trauma, avances del estudio CRASH2 en Colombia”.

El trauma es un contagio universal, que principalmente afecta a la población joven y países medios bajos, donde la hemorragia es responsable de alta tasa de mortalidad.

Los materiales que se utilizaron en esta investigación como ensayo clínico CRASH2, metacéntrico, doble ciego, controlado y aleatorio para reducir las trasfusiones, las cirugías y reducir las tasas de mortalidad en los pacientes que presentan múltiples traumas.

Los resultados que se obtuvieron en la proporción de la muestra constituida por traumas penetrantes y TCE, en jóvenes, llegaron a la conclusión de que los participantes de estudio CRASH2 son similares en Colombia y el resto del mundo.

Fernández, G. (2011), en su investigación titulada “Transfusión masiva y manejo del paciente traumatizado: enfoque fisiopatológico del tratamiento” donde entre las principales causas de fallecimiento y cardíaco.

La presencia del triaje mortal, donde se describen las causas que perpetúan la hemorragia masiva, donde se aplican exámenes de coagulopatía, la respuesta frente al sangrado requiere una adecuada comunicación del equipo quirúrgico con el banco de sangre, para así asegurar el suministro de los hemocomponentes adecuados en cantidad y calidad, instalación de medidas para evitar la hipotermia y disponibilidad se sistemas de infusión rápida.

IV. BASES TEORICAS

DIURESIS

Es la secreción de orina tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

GLASGOW

Es una escala diseñada para evaluar de forma práctica y sencilla el nivel de la conciencia de los seres humanos.

HEMORRAGIA

Es la salida de sangre, de las arterias, venas o capilares y especialmente se dan en grandes cantidades, en muchos de los casos necesitan intervenciones y derivaciones al centro médico.

POLITRAUMA

Es el sujeto que presenta al mismo tiempo dos o más lesiones que lo pueden conllevar a un riesgo vital.

UCI

Unidad de cuidados intensivos. Es la instalación de área hospitalaria que proporciona medicina inmediata.

TRAUMA

Un trauma psíquico o trauma físico es aquel que amenaza profundamente el bienestar o vida del individuo como consecuencia de un evento.

CAPITULO I

TEMA DEL CASO CLÍNICO

1. DEFINICIÓN

HEMORRAGIA MASIVA

Es la pérdida del volumen de sangre en el individuo u otra especie en un lapso de 24 horas que equivale aproximadamente de 5 a 6 litros (sujeto humano), dependiendo de cada individuo. Pérdida del 50% del volumen de la sangre en tres horas.

POLITRAMATISMO

Es el conjunto de varios traumas o lesiones graves que se presentan de forma simultánea, graves, periféricas, viscerales o complejas y asociadas que pueden llevar a complicaciones respiratorias o circulatorias que ponen en riesgo mortal al paciente.

2. INCIDENCIA

La incidencia de sangrados según la OMS, la hemorragia masiva es, también, causa de importante morbimortalidad en la gran cirugía, incluyendo la cirugía oncológica, cardíaca y de trasplante de órganos sólidos. La mortalidad estimada asociada a esta hemorragia varía del 30 al 70% de la población.

3. ETIOLOGÍA

Rexis: es la solución de cantidad de ruptura de un vaso, causado por un arma blanca o golpe.

Diéresis: incisión quirúrgica o accidental.

Diabrosis: corrosión de la pared vascular con bordes mal definidos.

Diapédesis: aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos.

4. EPIDEMIOLOGIA

Se han presentado 489 casos de accidentes en carreteras en el país en los años, por exceso de velocidad y otras consideraciones, quienes están más vulnerables son los jóvenes y adultos que están en constante contacto utilización de los servicios de transporte, de igual incidencia en hombres y mujeres.

5. PATOLOGÍA

Leve: Lesiones que ocurren en la vida cotidiana y no tienen mayor riesgo en el sujeto.

Grave: Lesiones que pueden causar inclusive la muerte en el paciente si no se aborda a tiempo.

6. FISIOPATOLOGÍA

Intencionadas: aquí se denomina a los cortes que se establece quirúrgicamente en una intervención.

Traumáticas: esta se presenta por un causante de una herida abierta o cerrada, también por una ulcera.

Fisiológicas: se presentan netamente en mujeres (menstruación).

7. FACTORES DE RIESGO

La velocidad en la que se pierde la sangre, seguido la cantidad de sangre que ha perdido el sujeto y un factor que determina de factor principal es la edad del sujeto.

8. CLASIFICACIÓN

Hemorragia capilar: es menos frecuente y la menos significativa, pues los capilares son los más abundantes y tiene poca presión sanguínea.

Hemorragia venosa: aquí se produce sangrado en una vena rota, que se presenta de un color rojo oscuro.

Hemorragia arterial: es la que se produce con más gravedad y puede generar mortalidad.

9. LAS FORMAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN

Hemorragia interna: es la ruptura de algún vaso sanguíneo internamente.

Hemorragia externa: esta se produce a través de la piel, aquí se produce en hemorragias producidas por heridas abiertas.

Hemorragia exteriorizada: que se expulsan por los orificios del cuerpo, como la boca, nariz, etc.

10. REPERCUSIONES

Cuando el sangrado es significativo e implica una pérdida del volumen de la sangre del 70% suele ocurrir un choque hipovolémico.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MES 1			MES 2			MES 3		
Redacción del título									
Esquema del proyecto de investigación									
Elementos del proyecto									
Objetivos de la investigación									
Justificación e importancia									
Elaboración del marco teórico									
Recolección del caso clínico									
Análisis del caso clínico									
Presentación de avance de proyecto de investigación									
Redacción de la bibliografía									
Redacción de conclusión y recomendaciones									
Presentación de anteproyecto									

BIBLIOGRAFIA

Manual de Asistencia al paciente politraumatizado, 2ª Edición. Santander. Grupo de trabajo en Medicina de Urgencia. ISBN 84-89789-06-1. 1997.

Benavides JA, García FJ, Guadarrama FJ, Lozano LA. Manual práctico de urgencias quirúrgicas. Hospital 12 de Octubre, Madrid. 1998.

Altede. Valoración inicial de un politraumático. En: Triginer C (De). Politraumatizado. Barcelona. MCR. 1992; 61-74.

Leal-Noval SR, Jiménez-Sánchez M. La transfusión de hematíes incrementa la oxigenación tisular y mejora el resultado clínico (con). Med. Intensiva. 2010; 34:471-5.

Páginas Webs

<https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/politraum.htm>

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>

http://www.reeme.arizona.edu/materials/Manejo_del_Paciente_Politraumatizado.pdf

<http://emedoriente.com/nuestros-servicios/area-protegida/2-uncategorised/29-paciente-politraumatizado>

<http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/politraumatizado.pdf>

<https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr1/fichas/pdf/20.ATENCIÓNALPOLITRAUMATIZADO.pdf>

ANEXO

