
 <p>Centro Regulador de URGENCIAS MÉDICAS</p>	<p>CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS (CRUM)</p> <p>PROTOCOLOS DE ATENCIÓN</p>	<p>PROTOCOLO T04 Lesiones Traumáticas</p>
---	--	---

GUÍA DE ATENCIÓN PARA LESIONES TRAUMÁTICAS

1. Protocolo de Principios Básicos (G1). Incluida seguridad de la escena.
2. Evaluar la cinemática de Trauma. Se considera trauma importante:
 - a. Caídas de más de tres veces la altura de la víctima (ver protocolo de caídas)
 - b. Atropellamientos
 - c. Lesiones Vehiculares con deformidad mayor (mas de 40 cm), eyección fuera del vehículo, paciente inconsciente, paciente muerto en el mismo accidente (ver protocolo de lesiones vehiculares)
 - d. Accidentes en motocicleta y vehículos recreativos a alta velocidad
 - e. Lesiones por proyectil de arma de fuego (ver protocolo de lesiones por asalto, acuchillamiento, lesión por proyectil de arma de fuego)
 - f. Accidentes industriales con atrapamiento y otras causas de atrapamiento
 - g. Amputacion de extremidad (excluyendo dedos de manos y pies)
 - h. Quemaduras de mas del 20% de la Superficie Corporal Total (ver protocolo específico)
 - i. Quemaduras por explosión (con eyección de la víctima)
3. Protocolo Básico (G2).
4. Durante la evaluación primaria deberá tener las siguientes consideraciones:
 - a. Durante la evaluación de la vía aérea deberá realizar inmovilización cervical e inmovilización corporal total (ver procedimiento) si se cumple cualquiera de las siguientes características:
 - i. Mecanismo de Lesión importante (ver punto 2)
 - ii. Lesiones por arriba del nivel de las clavículas
 - iii. Pérdida de conocimiento (aunque sea transitorio)
 - iv. Uso de analgésicos o consumo de alcohol además del traumatismo
 - v. Lesiones distractoras (p. ejemplo fractura en el brazo que por el dolor no permite identificar el dolor en el cuello)
 - vi. Dolor en espalda sobre el trayecto de la columna o cuello, al palpar o moverlo.

<p>Elaborado por: Cuerpo Colegiado Prehospitalario</p>	<p>Revisado por: Dr. Claudio Ortiz M. Director CRUM</p>	<p>Fecha: Julio 2011</p>
---	--	-------------------------------------

 <p>Centro Regulador de URGENCIAS MÉDICAS</p>	<p>CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS (CRUM)</p> <p>PROTOCOLOS DE ATENCIÓN</p>	<p>PROTOCOLO T04 Lesiones Traumáticas</p>
---	--	---

- b. En pacientes con hemorragias visibles importantes (catastróficas) deben tratarse de manera simultánea al manejo de la vía aérea
- c. Todo paciente con Glasgow de 8 o menos requiere manejo avanzado de la vía aérea (ver procedimientos)
- d. Durante la evaluación de la ventilación considerar un posible neumotórax a tensión: *distensión de hemitórax afectado, distensión yugular, desviación de la traquea al lado opuesto, movimientos limitados del lado afectado, timpanismo a la percusión del lado afectado, ausencia de ruidos ventilatorios, ruidos cardiacos velados, hipotensión y taquicardia*. En cuyo caso se requiere descompresión con aguja (ver procedimiento) y/o colocación de sonda pleural (ver procedimiento). Si existe en la escena compromiso hemodinámico por el neumotórax a tensión debe descomprimirse en la escena tan pronto se detecte. En medida de lo posible estos procedimientos deben realizarse en ruta al hospital y no debe retrasarse el traslado. En caso de haber mejoría en la ventilación, pero no mejoría hemodinámica, debe considerar hemorragia persistente o bien tamponamiento cardiaco en cuyo caso deberá realizar una pericardiocentesis si cuenta con aprobación del médico regulador (ver procedimiento).
- e. Pacientes con hemorragias internas (abdominal, torácica, pélvica) serán identificados por los datos de choque: *Palidez, Taquicardia, Diaforesis* y deberán considerarse pacientes de cargar y llevar de acuerdo al Protocolo G3 (Transporte Urgente). Si el paciente está atrapado puede considerarse la terapia intravenosa en la escena, de lo contrario deberá proveerse en ruta al hospital bajo los siguientes principios:
 - i. Deberá obtenerse un acceso venoso en todo paciente con hemorragia interna. Se aplicará solución Hartmann o en su defecto solución salina isotónica (NaCl 0.9%) (Procedimiento Acceso Venoso)
 - ii. Si el paciente tiene una TA sistólica mayor a 90 mm Hg, no tiene trauma craneoencefálico y no está embarazada, la administración de soluciones deberá limitarse a tener una vía venosa permeable.
 - iii. En caso de tener TA sistólica menor de 80 mm Hg, no tener trauma craneoencefálico y no estar embarazada, se deberán administrar bolos de 250 cc y reevaluar la TA.

Elaborado por: Cuerpo Colegiado Prehospitalario	Revisado por: Dr. Claudio Ortiz M. Director CRUM	Fecha: Julio 2011
--	--	-----------------------------



CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS
(CRUM)

PROTOCOLO
T04
Lesiones
Traumáticas


PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

- Deberán administrarse bolos de 250 cc para mantener la TA sistólica entre 80 y 90 mm Hg.
- iv. En pacientes quemados, seguir los lineamientos del protocolo de Quemaduras para la administración de líquidos.
 - v. En caso de que no se pueda obtener un acceso venoso periférico se podrán considerar en el siguiente orden accesos alternativos: intraóseo, acceso central, venodisección (ver procedimiento de cada uno, **solo personal avanzado**)
 - vi. Deberá cuidarse en todo momento la temperatura del paciente, no permitiendo que caiga en hipotermia (temp < 36° C).
 - vii. En los casos de Traumatismo Craneoencefálico y Trauma en el Embarazo que tengan TA Sistólica menor de 90 mm Hg, deberá administrarse un primer bolo de 2,000 cc de solución cristaloides, vigilando en todo momento la TA Sistólica, la frecuencia cardíaca fetal y la temperatura del paciente.
- f. En los pacientes con Trauma Craneoencefálico, deberán ser transportados con inmovilización corporal total y la cabeza ligeramente levantada (15-30 cms). NO deben administrarse esteroides y deben administrarse soluciones únicamente si el paciente se encuentra hipotenso. En caso de apnea o hipoventilación, el paciente **NO** debe hiperventilarse. La ventilación debe darse con Balón Válvula Mascarilla a una frecuencia de 12 a 14 por minuto. Si se cuenta con capnografía (ver procedimiento), la ventilación debe ajustarse para mantener una PCO₂ de 30-40 mm Hg al final de la espiración. La frecuencia deberá aumentarse en caso de tener PCO₂ mayor de 40 mm Hg y disminuirse si la PCO₂ está por debajo de 30 mm Hg.
- g. Toda lesión en extremidades deberá evaluarse en búsqueda de Pulso, Sensibilidad y motricidad distal. En caso de estar ausentes podrá intentar alinearlas antes de inmovilizar. En caso de estar íntegras puede inmovilizar en la posición en la que se encuentre.
En pacientes graves (con alteraciones de los ABC) el mejor método de inmovilización de las lesiones musculoesqueléticas es sobre la tabla rígida.

Elaborado por: **Cuerpo Colegiado
Prehospitalario**

Revisado por: **Dr. Claudio Ortiz M.
Director CRUM**

Fecha:
Julio 2011

	<p>CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS (CRUM)</p> <p>PROTOCOLOS DE ATENCIÓN</p>	<p>PROTOCOLO T04 Lesiones Traumáticas</p>
---	--	---

- h. En pacientes estables que presenten dolor puede utilizar el uso de analgésicos como:
- i. Ketorolaco (ver fármaco)
 - ii. Nalbufina (ver fármaco)
 - iii. Buprenorfina (ver fármaco)
 - iv. Fentanil (ver fármaco)
 - v. No olvide que el mejor analgésico es la apropiada inmovilización.
- i. Evalúe el protocolo específico:
- i. Accidente Industrial
 - ii. Caídas
 - iii. Exposición a calor/Frío
 - iv. Lesiones Vehiculares
 - v. Mordida Animal
 - vi. Problemas y lesiones oculares
 - vii. Quemaduras
 - viii. Sangrado/Laceración
 - ix. Víctima de Asalto, Acuchillamiento, Lesión por Proyectoil de Arma de Fuego
 - x. Violencia Doméstica, Asalto, Asalto Sexual
 - xi. Electrocuición
 - xii. Inhalación materiales peligrosos / Monóxido de Carbono

Elaborado por: Cuerpo Colegiado Prehospitalario	Revisado por: Dr. Claudio Ortiz M. Director CRUM	Fecha: Julio 2011
--	--	-----------------------------