

CUIDADOS AL PACIENTE

POLITRAUMATIZADO FUDEN 2026:

Pregunta 1

Cuando los mecanismos de lesión no producen una comunicación entre los espacios pleurales o del mediastino con el exterior se denomina:

B.LESIÓN CERRADA

Retroalimentación

Cuando los mecanismos de lesión no producen una comunicación entre los espacios pleurales o del mediastino con el exterior. Este tipo de lesiones se pueden generar por fuerzas de aceleración, desaceleración, compresión y cizallamiento.

Pregunta 2

Entre los objetivos que nos marcamos ante un paciente con TCE se encuentra:

- a. PAS de al menos 90 mmHg
- b. No hiperventilar salvo si tiene signos de HTIC
- c. Trasladarle a un centro idóneo

D. TODAS SON CORRECTAS

Retroalimentación

Si se dispone de ETCO₂ mantenerla entre 35-40 mmHg, de lo contrario ventilar unas 10 veces por minuto en adultos. Evitar hiperventilación, Excepto si signos HTIC. El traslado ha de realizarse a un centro idóneo, con capacidad para realizar un TAC y neurocirugía. Debemos mantener una PAS = 90mm Hg.

Pregunta 3

si encontramos una hemorragia exanguinante en el paciente que no conseguimos tratar con presión directa y no disponemos de agentes hemostáticos, deberemos:

C.APLICAR UN TORNIQUETE

Retroalimentación

Es posible que una hemorragia masiva no ceda con la simple presión directa manual. En cualquier caso, están desaconsejadas la elevación del miembro y la compresión arterial por encima del punto de sangrado. Se ha demostrado que tienen escasa tasa de éxito. Por lo tanto, la mejor opción ante un sangrado que no cede con una presión manual firme es el uso de torniquete

Pregunta 4

Generalmente, se puede decir que la mortalidad del paciente poli traumatizado tiene una distribución en tres momentos distintos.

- a. Inmediatamente tras el accidente
- b. En las primeras horas
- c. En los primeros días o semanas de ingreso

D. TODAS SON CORRECTAS.

Retroalimentación

Generalmente, se puede decir que la mortalidad del paciente poli traumatizado tiene una distribución en tres momentos distintos. - Primer pico: inmediato tras el accidente y supone aproximadamente el 50% de los casos. Normalmente es consecuencia de lesiones en órganos vitales (corazón, cerebro, etc.) y/o laceraciones de grandes vasos. - Segundo pico: en las primeras horas (es la llamada "Hora de Oro") tras el traumatismo, y son aproximadamente el 30% de los casos. Pueden deberse a hemorragias cerebrales, hemo neumotórax, roturas hepáticas o esplénicas, fracturas y/o lesiones asociadas a grandes pérdidas sanguíneas (shock

hipovolémico), entre otras casusas. - Tercer pico: ocurre en los primeros días o semanas de ingreso en Unidades de Cuidados Críticos (UCC), aproximadamente en el 20% de los casos. En este caso los pacientes suelen desarrollar shock séptico y/o fracaso multiorgánico.

Pregunta 5

La reposición de volumen en el paciente traumático con sangrado activo en el ámbito extra hospitalario se hará:

C.ADMINISTRACIÓN DE CRISTALOIDES PARA MANTENER EL PULSO CENTRAL.

Retroalimentación

En el ámbito extra hospitalario: administración de volumen (bolos de cristaloides) para mantener el pulso central

Pregunta 6

las vértebras de mayor tamaño son:

C.LAS DE LA COLUMNA LUMBAR

Retroalimentación

Columna lumbar: de L1 a L5. También es una zona flexible y son las vértebras de mayor tamaño por tener que soportar todo el peso del cuerpo

Pregunta 7

No son fármacos recomendados en el manejo de la PIC

A.CORTICOIDES

Retroalimentación

Según las últimas guías de la Brain Trauma Foundation (Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, 4 ed) publicadas en

septiembre de 2016, el uso de corticoesteroides no está recomendado para mejorar la evolución o reducir los valores de PIC.

Pregunta 8

En el caso de que el paciente con neumotórax abierto muestre un aumento del deterioro respiratorio o presente signos de inestabilidad hemodinámica...

C.SE PODRÁ RETIRAR UNOS MINUTOS EL APÓSITO OCLUSIVO.

Retroalimentación

En el caso de que el paciente muestre un aumento del deterioro respiratorio o presente signos de inestabilidad hemodinámica, se podrá retirar unos minutos el apósito oclusivo.

Pregunta 9

En caso de HTIC refractaria, puede emplearse hiperventilación agresiva de forma aislada. ¿Qué niveles de PCO₂ mantendremos?

D.25-29 MM HG

Retroalimentación

Como terapia en segundo nivel, ante el caso de HTIC refractaria, puede emplearse hiperventilación agresiva de forma aislada manteniendo la PCO₂ entre 25-29 mm Hg

Pregunta 10

Durante la valoración inicial del paciente, ¿cuál de estas acciones haría primero?:

D.COHIBIR GRANDES HEMORRAGIAS.

Retroalimentación

En la valoración inicial, se deben identificar las hemorragias externas masivas o exanguinantes y controlarlas, antes incluso que la valoración de la vía aérea, aunque lo ideal sería hacerlo simultáneamente

Pregunta 11

No se valora en la B de la valoración primaria

D.OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

Retroalimentación

El primer paso es comprobar la permeabilidad de la VA verificando si existe una obstrucción

Pregunta 12

Con respecto al shock medular es falso que:

A.SE PIERDEN LAS FUNCIONES SENSITIVAS Y MOTORAS POR ENCIMA DE LA LESIÓN DE LA MÉDULA.

b. Se manifiesta con parálisis flácida.

c. Incluye la hiporreflexia vesical e intestinal que produce retención urinaria y atonía del esfínter anal.

Retroalimentación

El shock medular es un estado fisiológico y neurológico transitorio (puede durar desde horas a semanas), en el que se pierden las funciones sensitivas y motoras por debajo de la lesión de la médula, hasta que la actividad refleja por debajo de la lesión vuelve a funcionar. Se manifiesta con parálisis flácida, arrefléxica, y anestesia por debajo de la lesión. Incluye la hiporreflexia vesical e intestinal que produce retención urinaria y atonía del esfínter anal.

Pregunta 13

¿Cuándo se aconseja hacer la valoración inicial del paciente?

B. EN LOS PRIMEROS 10 MINUTOS

Retroalimentación

Se aconseja realizarlo en los primeros 10 min de asistencia al Poli traumatizado.

Pregunta 14

Anatómicamente ¿cuál de estas meninges está más cerca del hueso?

C. DURAMADRE

Retroalimentación

Las meninges son membranas protectoras de tejido conjuntivo que cubren al SNC. Se disponen en tres capas que de fuera hacia dentro se denominan: duramadre (envuelve al SNC desde el cráneo íntimamente adherida a él hasta el sacro), aracnoides (es una membrana de consistencia blanda y esponjosa sin vasos sanguíneos situada debajo de la duramadre) y aracnoides (capa interior). Entre la membrana aracnoides y piamadre se encuentra el espacio subaracnoideo, cuyo interior está lleno de líquido cefalorraquídeo.

Pregunta 15

el neumotórax se tratará

- a. si provoca inestabilidad hemodinámica
- b. si provoca compromiso respiratorio severo.

C. A Y B SON CORRECTAS

Retroalimentación

Únicamente se tratará el neumotórax a tensión mediante descompresión, si este provoca inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio severo.

Pregunta 16

Un relleno capilar superior a los 2 segundos, puede indicar:

- a. Signos de hipoperfusión
- b. Frio ambiental

C.TODAS SON CORRECTAS

- d. Enfermedad vascular.

Retroalimentación

si el relleno capilar es superior a 2 seg puede indicar mala perfusión tisular. Aunque se trata de un indicador pobre de shock ya que el retardo en el llenado capilar puede deberse también a temperaturas bajas, uso de determinados fármacos, enfermedades vasculares, etc.

Pregunta 17

Son características de la rotura traqueo bronquial

- a. Está producida generalmente por lesiones penetrantes.
- b. Provocada por las lesiones traumáticas de alta energía
- c. Se trata de una lesión de la tráquea intratorácica o de alguno de los bronquios principales o secundarios.

D.TODAS SON CORRECTAS

Retroalimentación

Aparece en pocas ocasiones, pero es potencialmente letal. Está producida generalmente por lesiones penetrantes, aunque las lesiones traumáticas de alta energía también pueden provocarla. Se trata de una lesión de la tráquea intratorácica o de alguno de los bronquios principales o secundarios, que permite el paso de aire a través de la lesión al mediastino o al espacio pleural, provocando un neumotórax a tensión o un neumomediastino a tensión.

Pregunta 18

dentro de la A se valora.

C.SI HAY ALGUNA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA.

Retroalimentación

El primer paso es comprobar la permeabilidad de la VA verificando si existe una obstrucción

Pregunta 19

Incorrecta ¿

en el protocolo FAST se evalúan estos espacios excepto

- a Perihepático.
- b. Periesplácnico
- c. Pélvico
- d. Pericárdico

Retroalimentación: SE EVALUAN TODOS LOS ESPACIOS MENCIONADOS

Peri hepático. Peri esplénico. Pélvico. Pericárdico.

Pregunta 20

La triada típica del taponamiento cardíaco es.

C. TRIADA DE BECK. INGURGITACIÓN YUGULAR, HIPOTENSIÓN Y TONOS CARDIACOS APAGADOS

Retroalimentación

Para el diagnóstico nos podemos ayudar de la triada típica, conocida como “Triada de Beck” que consiste en elevación de la presión venosa central (visualizada mediante la ingurgitación yugular), hipotensión y tonos cardiacos apagados

CASO PRÁCTICO: CUIDADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

Se encuentra usted de guardia en una UVI móvil con dotación completa sanitaria. Dispone de todo el material necesario en una ambulancia de estas características. A las 21:09 del día de hoy (tiempo nublado, Tª ambiental 9°C) recibe un aviso. Le informan que un coche se ha salido por el lateral de una autovía a unos 130 km/h, dando varias vueltas de campana. La guardia civil se encuentra ya allí y le comunican que hay un paciente fallecido y otro, varón de 47 años (conductor) que "parece grave".

-Pregunta 1

¿Qué es lo primero que haría ante este paciente?

C. VALORACIÓN PRIMARIA

Retroalimentación

La evaluación inicial se puede dividir en 2 fases: una valoración primaria (que consiste en la identificación de lesiones graves y el inicio de medidas terapéuticas) y una valoración secundaria

-Pregunta 2

Generalmente, se puede decir que la mortalidad del paciente poli traumatizado tiene una distribución en tres momentos distintos.

- a. Inmediatamente tras el accidente
- b. En las primeras horas
- c. En los primeros días o semanas de ingreso

D. TODAS SON CORRECTAS.

Retroalimentación

Generalmente, se puede decir que la mortalidad del paciente poli traumatizado tiene una distribución en tres momentos distintos. - Primer pico: inmediato tras el accidente y supone aproximadamente el 50% de los casos. Normalmente es consecuencia de lesiones en órganos vitales (corazón, cerebro, etc.) y/o laceraciones de grandes vasos. - Segundo pico: en las primeras horas (es la llamada "Hora de Oro") tras el traumatismo, y son aproximadamente el 30% de los casos. Pueden deberse a hemorragias cerebrales, hemo neumotórax, roturas hepáticas o esplénicas, fracturas y/o lesiones asociadas a grandes pérdidas sanguíneas (shock hipovolémico), entre otras causas. - Tercer pico: ocurre en los primeros días o semanas de ingreso en Unidades de Cuidados Críticos (UCC), aproximadamente en el 20% de los casos. En este caso los pacientes suelen desarrollar shock séptico y/o fracaso multiorgánico.

Los datos de la evaluación inicial son:

A: Gorgoteo con la ventilación.

B: Contusión/hematoma hemitórax derecho zona lateral. Taquipneico. Tórax asimétrico. Saturación 80%

C: No hemorragias visibles externas. Pálido frío y sudoroso. No palpa pulso radial. Central (carotídeo) a 140 x.

D: Glasgow 9 (O: 2, V: 2, M: 5).

E: Deformidad tobillo derecho.

Pregunta 3

La principal sospecha que tiene sobre este paciente es

C.SE TRATA DE UN NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

Retroalimentación

El neumotórax a tensión se identifica por la disnea intensa, la abolición de ruidos respiratorios en el hemitórax (en este caso no se describe, pero la

contusión y la asimetría del tórax pueden indicarlo) y la alteración hemodinámica.

Pregunta 4

El neumotórax se tratará

- a. Si provoca inestabilidad hemodinámica
- b. Si provoca compromiso respiratorio severo.

C.LAS DOS SON CORRECTAS

Retroalimentación

Únicamente se tratará el neumotórax a tensión mediante descompresión, si este provoca inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio severo.

Pregunta 5

Si se trata de un Neumotórax a tensión. ¿Cuál debe ser su acción inmediata?

C. REALIZAR DESCOMPRESIÓN CON AGUJA SI NO DISPONE DE LA EXPERIENCIA NECESARIA

Retroalimentación

Si no se dispone de experiencia necesaria para la realización de la toracostomía abierta, la descompresión con aguja puede ser una opción razonable en caso de inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio severo