

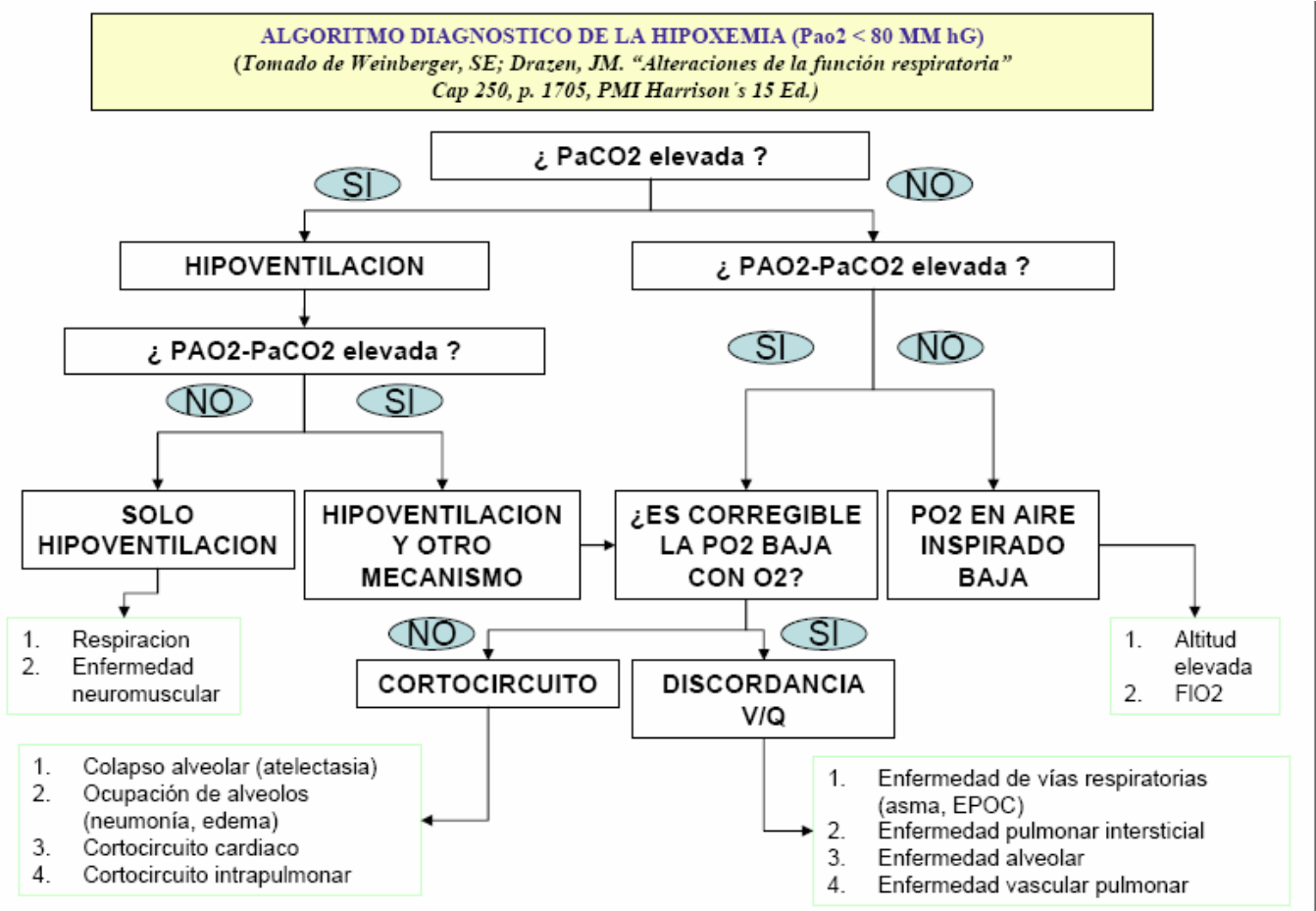


Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Anestesia en Traumatología
PROTOCOLO MANEJO DE LA HIPOXEMIA EN EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO

Dra. Raquel Durá, Dra. M^a Angeles Soldado

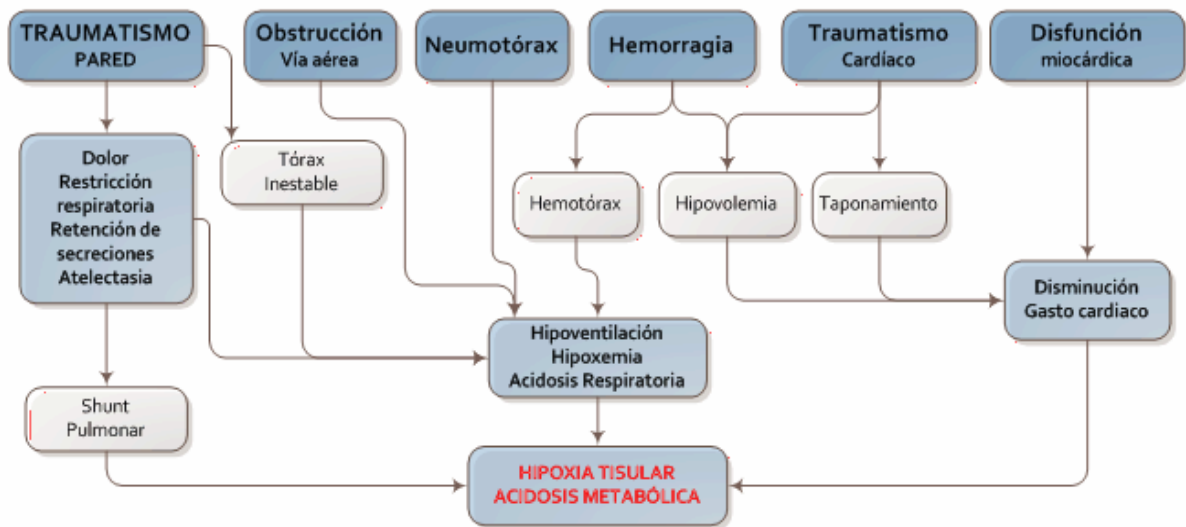
1. TRAUMATISMO TORACICO
2. Enfermedad tromboembólica pulmonar (ETEP)
 1. TEP (Tromboembolismo pulmonar)
 2. SEG (Síndrome de embolia grasa)
3. Lesión Pulmonar Aguda- SDRA

ALGORITMO DIAGNOSTICO DE LA HIPOXEMIA



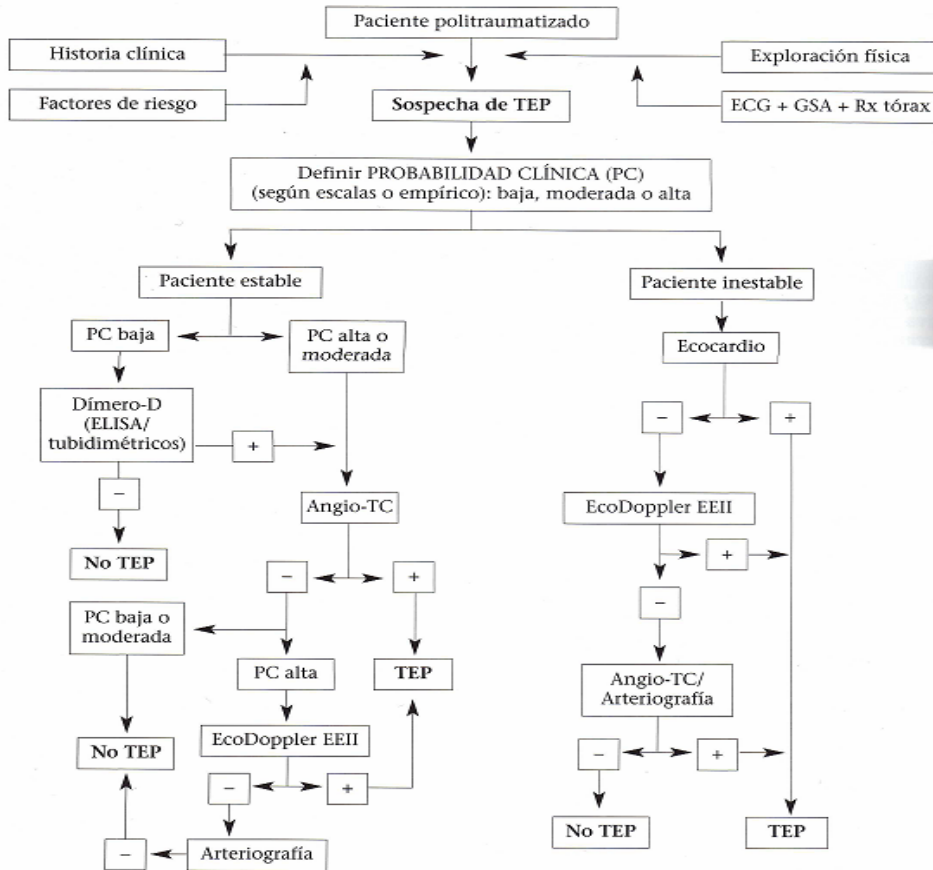


TRAUMATISMO TORACICO

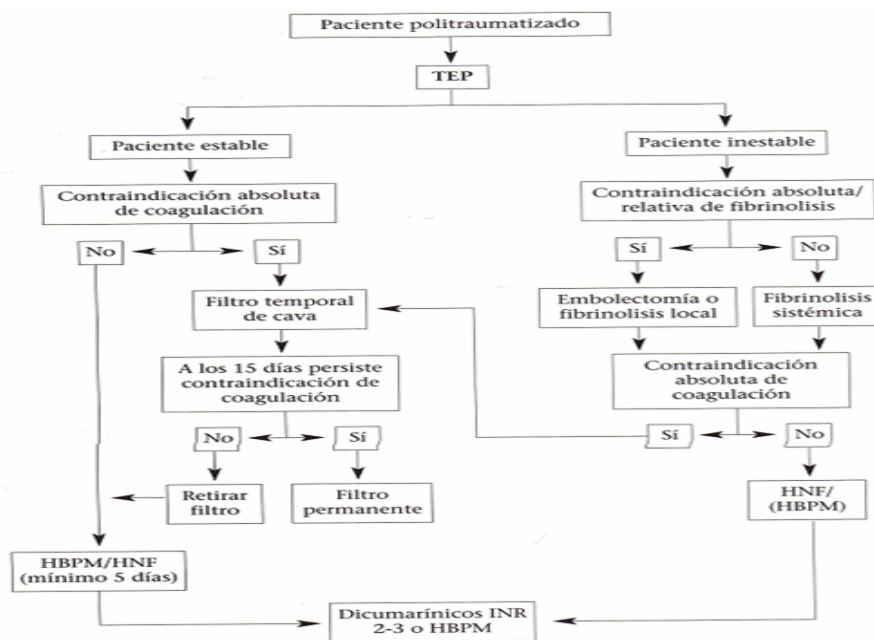




TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (1 y 2)



POLITRAUMATIZADO





LPA. ESTRATEGIA DE VENTILACION MECANICA

1. La PEEP se debe aplicar de forma precoz;
 - i. Se recomiendan valores > 10 cm H₂O para minimizar el colapso pulmonar derivado de la posición en decubito supino
 - ii. La hipotensión aplicando PEEP puede implicar reanimación insuficiente \diamond mantener la fluidoterapia y soporte vasoactivo si precisa.
2. En los pacientes con factores de riesgo
 - i. La PEEP debe incrementarse a demanda para conservar el cociente PaO₂/FiO₂ en el valor mas alto posible
3. Presión meseta limitada a < 35 cmH₂O
4. Volumen corriente 6-8 ml/Kg: evitar el volutrauma
5. Permitir al máximo la ventilación espontanea
 - i. Mejora el cociente ventilación / perfusión, GC, y el flujo sanguíneo renal
 - ii. Prevención alteración músculos respiratorios
6. Uso VMNIPP: puede evitar la necesidad de intubación.
7. Maniobras de reclutamiento, reapertura alveolos colapsados.
8. O₂ suplementario a alta concentración es tóxico; objetivo es mantener una Pa O₂ arterial normal
9. Hipercapnia facultativa
10. Otros: Cambios posturales, ventilación en decúbito prono intermitente