



Mi Universidad

RESÚMEN

NOMBRE DEL ALUMNO: MARIA DHALAI CRUZ TORRES

**TEMA: MANEJO DE PACIENTE
POLITRAUMATIZADO**

**MATERIA: PRACTICA CLÍNICA DE
ENFERMERÍA II**

DOCENTE: DOC. ERNESTO TRUJILLO LOPEZ

SÉPTIMO CUATRIMESTRE

2DO PARCIAL

MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida. El politraumatismo es la principal causa de muerte e incapacidad en niños mayores de un año. El 80% son traumatismos cerrados y 2/3 asocian lesiones cerebrales (las cuales suponen el 75% de las muertes). Se necesita realizar una integración de todos los hallazgos clínicos para poder identificar situación que pueden poner en riesgo la vida del paciente. existen diferentes tipos de traumatismos que se logran diferenciar en un paciente politraumatizado como situaciones de shock, traumatismo craneoencefálico, traumatismo torácico, traumatismo abdominal, traumatismo raquimedular y traumatismo de extremidades. Estos pueden ser causados por accidentes de tráfico, ahogamiento, lesiones intencionadas, incendios y caídas. Por ello es importante revisar detalladamente los mecanismos y las características del paciente pediátrico ante cualquier traumatismo de elevada energía, ya que pueden suponer un daño en los órganos y se debe considerar siempre la existencia de lesiones internas, aunque no se aprecien signos externos. El abordaje intrahospitalario consiste en la realización de un triage, seguido del abordaje primario, abordaje secundario y terminando con la terapia definitiva. La valoración inicial y resucitación, consiste en evitar la muerte inmediata del paciente detectando las situaciones que ponen en riesgo su vida, resolviéndolas de inmediato, comenzando con la valoración del A, B, C, D, E, F. **La primera letra A**, significa vía aérea, en donde se debe garantizar una vía aérea permeable, con control bimanual y una ligera tracción de la columna cervical proporcionando una ruta para el intercambio de aire entre el sistema respiratoria y en medio ambiente. El primer paso nos permite reconocer si existe alguna obstrucción en la vía aérea.

La segunda letra B consiste en valorar la ventilación y oxigenoterapia suplementaria. Cuando se logra tener una vía aérea permeable se debe evaluar si el paciente tiene un correcto intercambio de gases mediante la auscultación, valoración de la dificultad respiratoria y saturación de oxígeno. En caso de que el paciente no tenga un bien intercambio se le administrara oxígeno suplementario

administrado a través de la mascarilla con bolsa reservorio a 15 litros por minuto; debemos administrar oxígeno suplementario para garantizar una FIO₂ mayor a 0,85. Posteriormente se valora la forma, la simetría en la expansión y la integridad de la pared torácica con objeto de detectar la presencia de neumotórax hipertensivo (en cuyo caso se efectúa punción torácica descompresiva), neumotórax abierto (sellando con un dispositivo de válvula), o tórax inestable.

La tercera letra C, valora la circulación y el control de hemorragias exanguinantes, en donde monitorizamos hemodinamia (frecuencia cardiaca, respiratoria, pulso radial, tensión arterial), perfusión (temperatura, coloración y llenado capilar) y estado mental (alerta, verbal, dolor o inconsciente). Se localizarán puntos de sangrado externo procediendo de inmediato al control del mismo con presión directa, presión indirecta, elevación de la extremidad y vendajes compresivos (en este orden) hasta lograr el control total de la hemorragia. Los signos precoces de shock (shock compensado) serían la taquicardia y el relleno capilar enlentecido. Mientras que la hipotensión, disfunción del SNC y la oliguria serían signos tardíos (shock descompensado).

La cuarta letra D valora el deterioro neurológico, en donde se debe determinar la afectación al estado de conciencia causado por el traumatismo, realizado mediante de la escala de Glasgow, reflejos pupilares y signos de lesión medular.

La quinta letra E (exposición), consiste en exponer el cuerpo del paciente para constatar lesiones, evitando la hipotermia. Este punto es decisivo porque permite determinar la localización y extensión de las lesiones. Una situación a considerar es que la evaluación en la calle debe circunscribirse sólo a aquellas áreas donde se sospeche lesión, cuidando en todo momento la integridad y pudor del paciente. El manejo definitivo del paciente y de sus lesiones sólo puede llevarse a cabo en el hospital adecuado.

La sexta letra F (sondaje), consiste en la exploración del área perianal, rectal y vaginal, la colocación de sondaje nasogástrico (descompresión gástrica, datos de sangrado de tubo digestivo alto (STDA) y la realización de estudios de gabinete FAST, PLP Y Rx.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Antología UDS, PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II
(proporcionado por la universidad)
- 2- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf