



## **Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: IZARI YISEL PEREZ CASTRO*

*Nombre del tema: MANEJO CON PACIENTES  
POLITRAUMATIZADO Y POLICONTUNDIDO*

*Parcial: 2*

*Nombre de la Materia: PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA I I*

*Nombre de la profesora: DOC. ERNESTO TRUJILLO LÓPEZ*

*Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA*

*Cuatrimestre: 7"A"*

## MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO Y POLICONTUNDIDO

Un paciente politraumatizado son todos los que sufren una herido ( lesiones) a consecuencia de un traumatismo en la cual se puede presente afectación de dos o más órganos o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro la vida de la persona. Los tipos de traumatismo podríamos diferenciar 6 tipos o situaciones diferentes en el paciente politraumatizado puede ser en situación de shock, traumatismo craneoencefálico, traumatismo torácico, traumatismo abdominal, traumatismo raquimedular y traumatismo de extremidades. Las causas más habituales pueden ser por accidentes de tráfico, ahogamiento, lesiones intencionadas, incendios y caídas los más habituales. En las actividades debe incluir un reconocimiento primario es evaluación del ABCDE junto con una resucitación inicial, cuando se realiza la exploración debe ser rápida y ordenada en 5-10 minutos con el objetivo es de identificar y poder tratar lesiones de riesgo inminente de muerte, luego se realizará un reconocimiento secundario junto con la solicitud de las pruebas complementarias necesarias, todo los procedimientos e debe de hacer bien los procedimientos para tener un buen objetivo la cual es evitar la muerte inmediata del paciente detectando las situaciones que ponen en riesgo su vida, resolviéndolas de inmediato. Como dije anteriormente lo primero que se debe realizar es valorar el A, B, C, D, E, F. lo cual significa.

**A:** la vía aérea y control cervical bimanual- es garantizar o evaluar una vía aérea permeable, con control bimanual y ligera tracción de la columna cervical siempre debemos hacer protección de columna cervical, la maniobra consta de proporcionar una ruta expedita para el intercambio de aire entre los pulmones y el medio externo pero sin descuidar la columna cervical esta maniobra nos permite reconocer la obstrucción al paso de aire en las vías aéreas superiores y poder solucionarlo, extraer cuerpos extraños. La causa más común de obstrucción de la vía aérea en el paciente inconsciente puede ser por la caída del paladar blando o lengua, vómito, sangrado, secreciones y otros objetos extraños puedan ocluírla. Se debe realizar la triple maniobra modificada para obtener un canal de aire libre. En el paciente con traumatismo las maniobras deben tener una inmovilización manual lineal de la columna

cervical si no logramos su apertura puede tener una posibilidad de muerte, sería con la maniobra "frente mentón", pero los dispositivos facilitadores como son las cánulas oro faríngeas y nasofaríngeas. Una vez controlada la VA, y si está indicado, se procederá a la consecución de una VA definitiva mediante maniobras avanzadas intubación endotraqueal (IET), mascarillas laríngeas (LMA) o combitubo y V.A quirúrgica. **B:** la ventilación- se requiere de ventilación y oxigenoterapia suplementaria, una vez lograda una vía aérea permeable evaluaremos si existe un correcto intercambio de aire entre el medio ambiente y los pulmones, en el cual podremos escuchamos, ver y sentir si nuestro paciente ventila, en ese momento debemos valorar los signos de hipoxemia y como es la respiración. Esto es para observar si exista paro respiratorio debemos iniciar el protocolo con ventilación de rescate, cuando la ventilación está presente solo debemos enriquecer el aire inspirado con oxígeno suplementario, con lo cual solo se administra a través de la mascarilla con bolsa reservorio, al terminar se valora la simetría en la expansión y la integridad de la pared torácica con un objetivo de detectar la presencia de neumotórax hipertensivo porque es el que efectúa punción torácica descompresiva, neumotórax abierto es la sellando con un dispositivo de válvula y el tórax inestable procediendo a fijar el segmento afectado y esto se valora con la inspección, percusión, palpación y auscultación . Y al terminar se debe monitorizar al paciente con un oxímetro de pulso. Lo importante que debemos saber es la evaluación respiratoria y la patología torácica, en esta valoración es importante que debemos evaluar y establece una V.A definitiva a sea como intubación endotraqueal o ya sea métodos quirúrgicos y estar pendiente con monitorizar la oxigenación **C:** la circulación del estado neurológico- circulación y control de hemorragias exanguinantes. En este caso se buscare signos de shock lo cual valorando signos vitales como FC, FR, pulso radial, TA, llenado capilar y signos de mala perfusión periférica y central. Si se localiza puntos de sangrado externo se debe realizar un procedimiento de control inmediato como con la presión directa, presión indirecta, elevación de la extremidad y vendajes compresivos, con estos procedimientos se lograr ara el control total de la hemorragia. En las lesionar habrá que considerar la presencia de hemorragias internas (si hay hemorragia intraabdominal o intratorácica se iniciará el transporte de inmediato). Con la posibilidad

del mecánico directo por contusión miocárdica porque es imprescindible la monitorización electrocardiográfica con un adecuado manejo de agentes antiarrítmicos, o por taponamiento cardiaco lo cual es urgente. En las lesiones medulares ocasionan shock por pérdida de la vasomotricidad, acceso venoso se iniciara temprano de la reposición de volumen, en el shock hemorrágico es importante la reposición de volumen inmediato para ellos se utilizara dos vías gruesas con catéteres cortos periféricos ya sea 14 ó 16 y la soluciones cristaloides, preferentemente solución salina isotónica y en el caso de shock cardiogénico por contusión miocárdica, o por taponamiento cardiaco, se debe evaluar la hemodinámica del paciente para definir la estrategia de reposición de volumen, dándose el caso del shock por traumatismo medular la reposición de volumen debe ser cuidadosa, estando indicados corticoides y medicamentos vasopresores. Cuando llegemos a evaluar esta letra lo importe que debes hacer es identificar las fuentes de hemorragia teniendo eso se debe evaluar signos vitales los cuales lo mencione anteriormente y como último en esto se debe fluido terapia ya sea s: fisiología o ringer o 2 puertos IV. **D:** la exposición corporal completa y control ambiental, deterioro neurológico estos e utiliza para determinar qué grado el traumatismo afecta al nivel de conciencia del paciente lo cual se debe determinar el estado de conciencia del paciente, lo cual debemos evaluar el reflejo pupilar y buscar los signos de lesiones medulares. Se puede utilizar 2 métodos, uno es COC que son la consciente, obnubilado, coma. La segunda APDN o AVDI lo cual es valorar la escala de Glasgow. **E:** exponer la totalidad del cuerpo para constatar lesiones, evitando la hipotermia, desvestir por completo al paciente en este es muy importante porque permite determinar la localización y extensión de las lesiones. En cada caso solo se debe evaluar donde se sospeche lesión, cuidando la integridad del paciente y en paciente con traumatismo multisistémico se debe proceder al empaquetamiento integral realizando procedimiento estrictamente indispensable para no retrasen el traslado. Debemos prevenir hipotermia en los pacientes. **F:** colocación de sonda Foley, en la cual se debe hacer la exploración de áreas como perineal, vaginal y rectal para después hacer la colocación de SNG ya sea descompresión gástrica o datos de S.T.D.A, y colocación de s. Foley y por último los estudios de gabinetes las cuales son FAST, PLP, RX.

19\_paciente\_politraumatizado (1).pdf

98c3f4f0743b0eef246036d2cc7864a7-LC-LEN701