



SUPERNOTA

NOMBRE DEL ALUMNO (A): MARISOL LÓPEZ ORDOÑEZ

NOMBRE DEL TEMA: PACIENTE POLITRAUMATIZADO

PARCIAL: 2

NOMBRE DE LA MATERIA: ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y DESASTRES

NOMBRE DEL PROFESOR: CECILIA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: 7 CUATRIMESTRE

PICHUCALCO CHIAPAS, 08 DE OCTUBRE DEL 2024

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

El paciente politraumatizado (PLT) o trauma grave es aquel que presenta dos o tres varias lesiones de origen traumático, de las cuales al menos unas de ellas pueden comprometer la función respiratoria o circulatoria pudiendo suponer un riesgo vital para el paciente. Cuando hablamos de politraumatización no solo nos referimos a lesiones óseas, sino que también suelen estar afectadas las vísceras. Cuando un paciente sufre varias fracturas o contusiones, pero no corre riesgo su vida, estamos hablando de pacientes policontusionados o polifracturados.



El trauma se habla de dos daños:

1. **Daño primario.** Es la respuesta inflamatoria local y sistemática activada por las lesiones provocadas en los tejidos.
2. **Daño secundario.** Es el resultado de los factores endógenos como la hipoxemia, síndrome de isquemia-perfusión, acidosis, inestabilidad-hemodinámica. Y los factores exógenos como la hipotermia, la hemorragia, el retraso en el borde quirúrgico.

El pronóstico del paciente dependerá de la gravedad del trauma, la energía transferida, la reserva fisiológica, y la calidad y rapidez de los cuidados. Por ello, el orden de actuación en este tipo de pacientes es fundamental, así como la reevaluación continua del paciente durante las primeras horas hasta su estabilidad. El abordaje debe ser multidisciplinar y requiere de una actuación coordinada y sistemática.

EJEMPLOS DE TRAUMATIZACIÓN

BIOMECÁNICA DEL ACCIDENTE

El trauma se produce cuando una fuerza o energía externa impacta sobre el cuerpo produciendo lesiones, ya sea lesiones traumáticas cerradas o penetrantes. Estas transferencias de energía pueden ser mecánica, térmica, química, radiación o por ausencia repentina del calor y oxígeno, esenciales para la vida.

Conocer los mecanismos de acción de los traumatismos ayuda a anticiparse a las posibles complicaciones que se pueden presentar.

El intercambio de energía también interviene en la mayor o menor gravedad: depende de la densidad del tejido sobre el que actúa el elemento vulnerable, por ejemplo, un puñetazo contra un ladrillo o contra una almohada.

Distancia de detención: a mayor distancia de detención, la declaración producida sobre el cuerpo es menor.

Superficie afectada: cuanto más amplia es la superficie afectada mayor es la fuerza que incide sobre ella.

Cavitación: es lo que ocurre cuando un cuerpo en movimiento, animado de una energía golpea a una estructura, se va a producir una tendencia a la separación de las moléculas del cuerpo golpeado.

Mecanismos del trauma

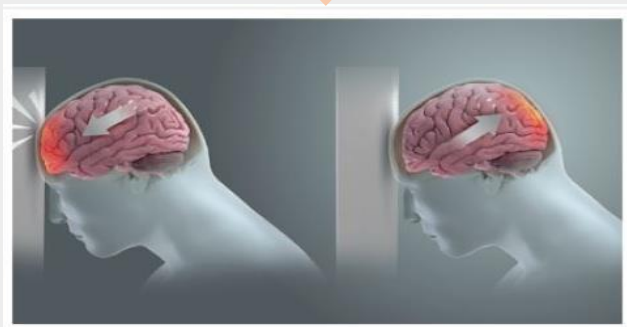
Los mecanismos de lesión se corresponden con uno de los cinco siguientes, solos o combinados:

1. Extensión
2. Flexión
3. Torsión
4. Tracción
5. Compresión

TRAUMA CERRADO

Los traumatismos cerrados aparecen por la acción de las fuerzas generadas durante un cambio rápido y brusco de velocidad (desvaloración). Aunque el cuerpo se detiene de inmediato, los órganos y tejidos continúan con la aceleración desplazándose hacia adelante y posteriormente hacia atrás. Este cambio brusco de velocidad genera lesiones en forma de laceraciones o aplastamientos en las estructuras internas.

Este tipo de traumatismo es producido por accidentes de tráfico, caídas, deportes de contacto, aplastamientos, andas expansivas.



Código trauma: es un código de actuación estandarizado cuyo objetivo es movilizar de inmediato a la llegada a urgencias de un paciente politraumatizado, al equipo específico integrado por médico de urgencias, intensivistas, anestesista, cirujano, traumatólogo y enfermeros. Todo para ahorrar el mayor tiempo posible y mediante una valoración integral reducir el segundo pico de mortalidad.

TRAUMA PENETRANTE

Los traumatismos penetrantes se producen por armas blancas, armas de fuego, o cualquier extraño que pueda penetrar la piel. A lo largo del trayecto se va produciendo daños, en las estructuras internas, pero hay que tener en cuenta que la zona de entrada, donde también se puede observar una contusión, muchas veces no refleja la extensión ni la gravedad de la lesión.

Mortalidad trimodal

El tiempo es un elemento esencial en la atención del paciente politraumatizado y todos los esfuerzos del sistema tienen que ir orientados a la atención rápida, efectiva.

La morbilidad por traumatismos tiene una distribución trimodal:

- **Mortalidad inmediata.** Se produce en los primeros minutos del accidente y habitualmente se produce como consecuencia de rotura de grandes vasos y/o lesiones de órganos vitales como corazón y cerebro.
- **Mortalidad temprana.** Ocurre durante las primeras horas del incidente (entre la hora y las primeras 24 horas). Normalmente se asocian a fracturas o lesiones que provocan grandes pérdidas de sangre, así como la ruptura del hígado, bazo, hemoneumotorax, lesiones abdominales pélvicas.
- **Mortalidad tardía.** La muerte se produce los días o semanas siguientes y se asocia a sepsis y fallo multiorgánico, hipertensión intracraneal incontrolada en el paciente con traumatismo grave.

Se establece una secuencia ordenada de actuación diagnóstica y terapéutica, tanto en prehospitalaria como en urgencias.

Fases de valoración del PTT

1. Valoración inicial

2. Tratamiento inicial. Fases de resucitación

3. Algoritmo de decisión en politraumatizado

4. Valoración secundaria asociada a tratamiento definitivo

FISIOPATOLOGÍA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Para comprender los motivos por los cuales pueden aparecer complicaciones en el PTT, es necesario conocer la fisiopatología que acompaña a este tipo de lesiones.

- Síndrome general de adaptación. Serie de mecanismos fisiológicos que se desencadenan para asegurar el correcto funcionamiento de los órganos vitales, buscando volver a una homeostasis corporal.
- Hipovolemia. El cuerpo genera reacciones fisiológicas compensadoras cuyo objetivo es la estabilización y la reanimación. Posteriormente, se produce una reacción hiperdinámica al estrés generado por el accidente, retención de líquidos y edemas (secundarios a esa retención de agua, sodio y a la inflamación).
- Alteración en las constantes vitales. Como la frecuencia cardíaca, aumenta la contractilidad cardíaca provocando un incremento del gasto cardíaco. Alteración en el transporte de oxígeno debido a la vasoconstricción y al propio edema.
- Alteración en los factores de coagulación. Debido a la activación de la cascada de coagulación para limitar la pérdida sanguínea en aquellos lugares donde haya lesión.
- Leucocitosis. Por una disminución de la actividad del sistema inmune.
- Convulsiones

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-el-paciente-politraumatizado>
2. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf
3. https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2049.pdf
4. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>
5. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9152087.pdf>