



SUPER NOTA

Nombre del Alumno: María Guadalupe Perez Perez

Nombre del tema: Paciente Politraumatizado

Parcial: 2do Parcial

Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del profesor: Cecilia De ,a Cruz Sanchez

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: 7 to Cuatrimestre



PACIENTE Politraumatizado

Concepto

Es aquel que presenta lesiones en dos o más órganos o al menos una lesión que compromete su vida. Las lesiones pueden ser causadas por un trauma, que puede ser intencional o no, y que se produce por un impacto brusco de energía.

o 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 1 año. El 80% son traumatismos cerrados y dos tercios asocian lesiones cerebrales (las cuales suponen el 75% de las muertes).

Los mecanismos y las características del paciente pediátrico hacen suponer que, ante cualquier traumatismo de elevada energía, todos los órganos pueden lesionarse hasta que no se demuestre lo contrario. Por ello inicialmente manejaremos a estos pacientes como pacientes con triángulo de evaluación pediátrica (TEP) inestable.

1: ETIOPATOGENIA

Las causas más habituales son: accidentes de tráfico, ahogamiento, lesiones intencionadas, incendios y caídas. Estos mecanismos y las características del paciente pediátrico hacen suponer que, ante cualquier traumatismo de elevada energía, todos los órganos pueden lesionarse hasta que no se demuestre lo contrario, valorando siempre la existencia de lesiones internas aunque no se aprecien signos externos

El término PLT se utiliza cada vez menos sustituyéndose por el termino trauma grave, utilizándose la escala de puntajes de gravedad, Injury Severity Score (ISS).

Tabla 1: escala de puntajes de gravedad.

INJURY SEVERITY SCORE (ISS)			
Región anatómica		Gravedad	
Cabeza y cuello	1	Ausente	0
Cara	2	Leve	1
Tórax	3	Moderada	2
Abdomen	4	Grave	3
Extremidades	5	Compromiso	4
Externo	6	Crítica	5

$ISS = (\text{peor AIS región 1})^2 + (\text{peor AIS}^* \text{ región 2})^2 + (\text{peor AIS región 3})^2$

Se considera trauma grave a una puntuación ISS > 16. Pero la gravedad no es solo por la suma de las lesiones, sino también por la respuesta del organismo.

En el trauma grave se habla de dos daños, "two-hit theory":

- **Daño primero;** es la respuesta inflamatoria local y sistémica activada por las lesiones provocadas en los tejidos.
- **Daño secundario:** es el resultado de los factores endógenos como la hipoxemia, síndrome de isquemia-reperusión, acidosis, inestabilidad-hemodinámica. Y los factores exógenos como la hipotermia, la hemorragia, el retraso en el abordaje quirúrgico.





PACIENTE Politraumatizado



2. 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, eléctrica, química, radiación o por ausencia repentina del calor y oxígeno, esenciales para la vida.



3. Mecanismos del trauma



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

- Extensión
- Flexión
- Torsión
- tracción
- Compresión

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 deceleración producida sobre el cuerpo es menor.

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

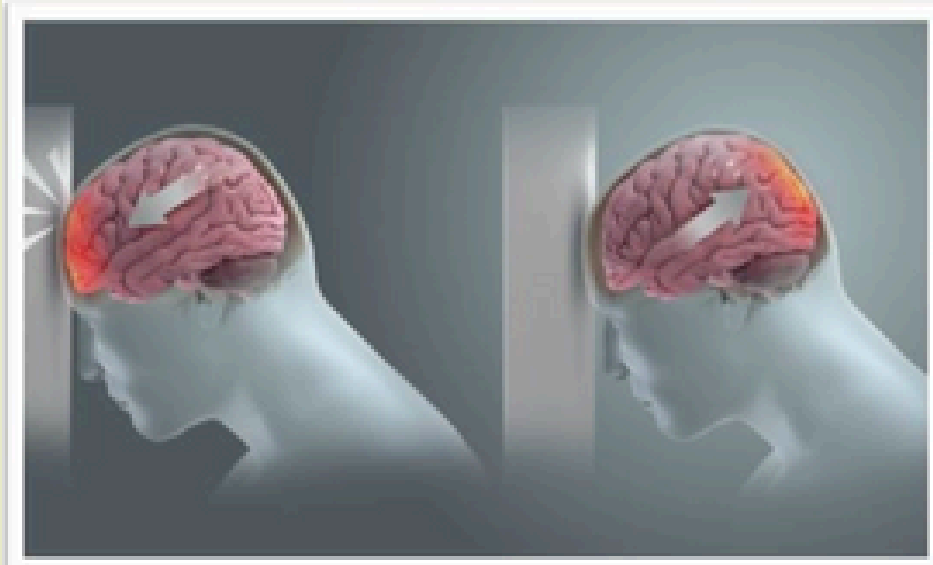
Trauma cerrado



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

Este tipo de traumatismo es produce en accidentes de tráfico, caídas, deportes de contacto, aplastamientos, ondas expansivas.

Biomecánica del trauma cerrado



Tratamiento

El tratamiento de un paciente politraumatizado se desarrolla en varios periodos: - Desde la recogida hasta el hospital: ABCDE. - Al ingreso: valoración de cirugía definitiva o de control de daños. - Tratamiento tardío: reconstrucción 2ª.

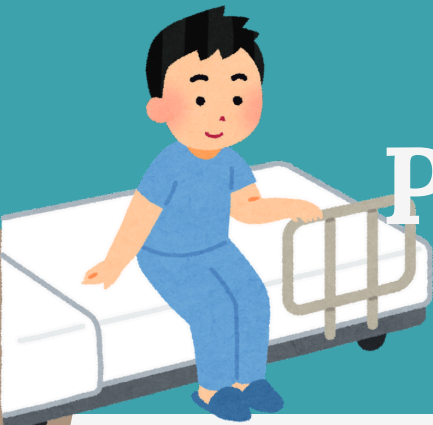
A) Desde la recogida hasta el hospital.

Durante esta fase, en la que se incluye la hora de oro, el objetivo es realizar las maniobras de resucitación y estabilizar al paciente. El manejo se lleva a cabo mediante las siglas ABCDE, propuesta por el manual ATLS.

A. - Permeabilidad de la vía aérea y protección de la columna cervical: determinar si la vía aérea es permeable y asegurar una vía aérea definitiva (con tubo de Guedel y ventimask o ambú, o intubación orotraqueal) protegiendo la columna cervical. Se debe suponer una lesión en la columna cervical en todo paciente politraumatizado



PACIENTE Politraumatizado



B. – Ventilación y respiración: administrar oxígeno a alto flujo para una correcta ventilación-oxigenación. Las lesiones que pueden alterar de forma aguda el intercambio gaseoso a nivel alveolo-capilar son el neumotórax a tensión, hemotórax masivo, neumotórax abierto y el tórax inestable con contusión pulmonar, que habrá que drenarlos o tratarlos adecuadamente.

C. – Circulación y control de las hemorragias: en estos pacientes es importante la identificación del shock y su tratamiento precoz. La causa más frecuente del shock en el paciente politraumatizado es de origen hipovolémico, secundario a hemorragia, aunque también puede ser neurogénico o cardiogénico. Si observamos una hemorragia externa, habrá que intentar taponarla o hacer un torniquete. Hay que sospechar posibles hemorragias internas. Generalmente, por cada unidad de sangre perdida se reponen 3 de líquido (cristaloides): normal del 3:1.

D. – Estado neurológico: evaluación neurológica mediante la escala de Glasgow E. – Exposición y control ambiental: se debe retirar la ropa para llevar a cabo una evaluación completa evitando la hipotermia.



Cuando el paciente llega a la entidad, se realizará una primera valoración rápida siguiendo el ABC, para asegurar que no haya habido ninguna incidencia durante el traslado, etc... Una vez confirmado que no hay ningún problema y el paciente se encuentra estable, se ubica en camilla movilizado en bloque. El médico responsable se situará en la cabeza del paciente sujetando el cuello, en el que previamente se habrá colocado un collar de Philadelphia adecuado, mientras el resto del personal lo moviliza con la camilla y lo coloca encima de la tabla espinal.



Posteriormente, es valorado por médico de turno, quien define si se inmovilizará la cabeza utilizando dos rodetes (paciente pediátrico), que se pueden preparar con unas toallas, y esparadrapo, conocido como "Dama de Elche". Una vez llevado a cabo se procederá a realizar una nueva valoración y estabilización, que se detalla a continuación.

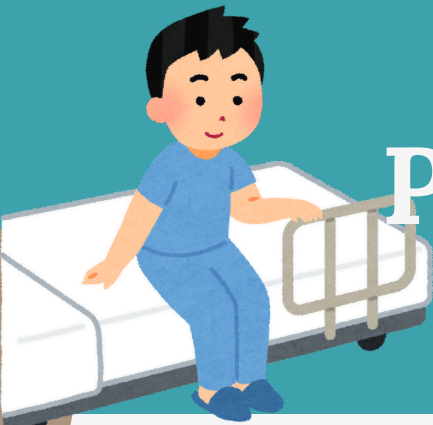
Una vez que el paciente se encuentra en la cama sobre la tabla espinal, se procederá a la monitorización pertinente (EKG, T.A., Sat. O₂ y T^a), y se volverá a realizar una valoración primaria siguiendo el ABC: valoración de la función respiratoria (F.R., patrón respiratorio anormal, traumatismo torácico, dolor), valoración hemodinámica (TA, FC, sangrados visibles, analítica de sangre), exploración neurológica mediante la Escala de Coma de Glasgow y valoración de las pupilas

Posteriormente, se realizará una valoración secundaria para detectar la presencia de otras lesiones (fracturas, scalp craneales, abrasiones por rozamiento, etc.). Posteriormente con los padres se confirmará el calendario vacunal (antitetánica). En la estabilización procederemos a:

- La monitorización continua para vigilancia hemodinámica. -
- Vigilancia neurológica, valorando las pupilas cada 15 minutos y con la escala de coma de Glasgow si el paciente no está sedado.
- Registro de signos vitales
- Continuar la inmovilización con collarín y "dama de elche" o collar de Philadelphia para mantener alineado cuello-columna y movilización en "bloque" del paciente hasta descartar lesión medular.
- Apoyo ventilatorio para mantener niveles de oxigenación óptimos
- Canalización de vía venosa periférica
- Colocación de sonda naso (SNG) u orogástrica (SOG), en función de las lesiones craneofaciales que presente el paciente. - Sondaje vesical: control de diuresis, valoración del aspecto de la orina (para detectar posibles lesiones renales y/o vesicales).
- Sedoanalgesia endovenosa.
- Gestionar exploraciones complementarias: Radiología, laboratorios...



PACIENTE Politraumatizado



Cuidados de enfermería por patrones:

- **Respiratorio:** si el paciente precisara oxigenoterapia se realizan los cuidados propios de cada dispositivo (gafas nasales, ventimask, etc), humidificando el aire que llega al paciente y manteniendo una adecuada higiene de boca y gafas nasales para evitar lesiones. Se utilizará la ventilación mecánica como recurso terapéutico que permite garantizar de forma artificial la ventilación del paciente en situaciones de compromiso respiratorio y/o neurológico, adaptando las diferentes modalidades a la alteración fisiopatológica pulmonar subyacente. Se puede aplicar de forma invasiva (IOT y TQ) y no invasiva (CPAP y BIPAP).



A) Valoración del paciente con necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI):

¿Qué se ve?

- Color de piel, mucosas y zonas acras.
- Diaforesis.
- FR y FC. - Movilidad torácica.
- Trabajo respiratorio.
- Nivel de conciencia.

¿Qué se oye?

- No pueden hablar, llorar ni toser.
- Auscultación (Ruidos normales y Ruidos adventicios: sibilancias, roncus, estertores).

¿Qué se percute?

- Percusión timpánica (↑ aire) o mate (condensación).

¿Qué se palpa?

- Crepitación.
- Secreciones.



El paciente politraumatizado presenta un alto grado de complejidad y requiere de una actuación protocolizada por parte de todos los profesionales que intervienen en su atención. Por ello es fundamental una adecuada formación de los mismos, mediante cursos y realización de simulacros periódicos y tener conocimiento de los protocolos existentes, con el fin de minimizar riesgos en la atención y evitar posibles complicaciones derivadas de una actuación inadecuada.

Referencia bibliografica

- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf
- <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-el-paciente-politraumatizado>
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf
- <https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/CUIDADO-ENFERMERIA-EN-POLITRAUMA.pdf>