



Nombre del alumno (a): Lorenzo Antonio Genarez Pinto

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: En Enfermería

Cuatrimestre: 7

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 1 año. El 80% son traumatismos cerrados y 2/3 asocian lesiones cerebrales (las cuales suponen el 75% de las muertes).

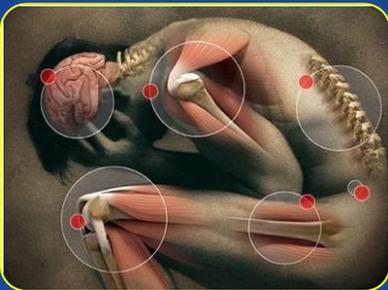
La mortalidad en el paciente politraumatizado tiene una distribución trimodal: inmediata, precoz y diferida.

- Inmediata: ocurre instantáneamente o a los pocos minutos, y es debida a lesiones incompatibles con la vida, tales como lesiones encefálicas severas, del tronco cerebral, medular alta, lesión cardíaca o desgarramiento de grandes vasos.
- Precoz: ocurre en las primeras 4 horas tras el ingreso, y se debe fundamentalmente a dos causas: TCE severo y shock hemorrágico.
- Diferida (o tardías): ocurre en días o semanas tras el ingreso, debidas principalmente como consecuencia de lesión cerebral, fallo multiorgánico y SIRS.

Etiología: la mayoría pueden clasificarse como contundentes o penetrantes. Los traumatismos romos se producen por un impacto potente (p. ej., golpe, patada, impacto con un objeto, caída, colisión de tráfico, estallido). Las lesiones penetrantes implican la rotura de la piel por un objeto (p. ej., cuchillo, trozo de cristal roto) o un proyectil (p. ej., bala, metralla de una explosión).



Fisiopatología del trauma:



Todas las lesiones, causan daño tisular directo; la naturaleza y la extensión dependen del sitio anatómico, el mecanismo y la cantidad de fuerza. Las lesiones tisulares directas graves (p. ej., al corazón, cerebro o médula espinal) son responsables de las muertes más inmediatas tras un traumatismo.

los pacientes que sobreviven a la lesión inicial pueden desarrollar lesiones indirectas a corto plazo. La rotura de los vasos provoca hemorragias, que pueden ser externas (y visibles) o internas, y quedar bien confinadas dentro de un órgano como una contusión o hematoma, o determinar una hemorragia libre en una cavidad corporal (p. ej., la cavidad peritoneal o el tórax). Una hemorragia de pequeña magnitud (es decir, < 10% del volumen) es bien tolerada por la mayoría de los pacientes. Una hemorragia de mayor intensidad produce una reducción progresiva de la tensión arterial y la perfusión de los órganos (shock), que culmina en disfunción celular, falla orgánica y, finalmente, la muerte. El shock hemorrágico y lesión cerebral provoca la mayoría de las muertes a corto

plazo (es decir, en horas) y la insuficiencia multiorgánica debida a shock prolongado determina muchas a mediano plazo (primeros 14 días). Otras muertes a mediano plazo se deben a infección por la rotura de las barreras anatómicas normales.

En la tabla 1 se recogen los mecanismos comunes de lesión y las lesiones probables asociadas



TABLA 1. Mecanismos comunes de lesión y patrones asociados^{1,3}

| Mecanismo de lesión | Lesiones más comunes |
|------------------------------|---|
| Peatón atropellado | <ul style="list-style-type: none"> Baja velocidad: fracturas de las extremidades inferiores Alta velocidad: trauma múltiple, lesiones de cabeza y cuello, fracturas de extremidades inferiores |
| Ocupante de automóvil | <ul style="list-style-type: none"> Sin sistema de sujeción: traumatismo múltiple, lesiones de cabeza y cuello, cuero cabelludo y laceraciones faciales Con sistema de sujeción: lesiones en el pecho y el abdomen, fracturas de la parte inferior de la columna vertebral |
| Caída desde altura | <ul style="list-style-type: none"> Baja: fracturas de extremidades superiores Media: lesiones de cabeza y cuello, fracturas de extremidades superiores e inferiores Alta: múltiples traumatismos, lesiones de cabeza y cuello, fracturas de extremidades superiores e inferiores |
| Caída de bicicleta | <ul style="list-style-type: none"> Sin casco: lesiones de cabeza y cuello, laceraciones del cuero cabelludo y faciales, fracturas de extremidades superiores Con casco: fracturas de extremidades superiores Golpe contra manillar: lesiones abdominales internas |

Diagnóstico: A registrar en la exploración general Ante cualquier traumatismo de elevada energía, todos los órganos pueden lesionarse hasta que no se demuestre lo contrario. Por ello habrá que pasar a evaluar el ABCDE, pudiéndose dar desde el inicio las órdenes generales comunes a los pacientes inestables: oxigenoterapia, monitorización, canalización de vía periférica y solicitar ayuda.

Examen o reconocimiento secundario

Anamnesis: debe realizarse durante el examen secundario. Las siglas SAMPLE permiten recordar las claves:

Signos y síntomas.

- Alergias.
- Medicación habitual.
- Patología (antecedentes personales).

Clasificación del shock hemorrágico pediátrico



| | Grado I-II | Grado III | Grado IV |
|-------------------------------|------------------------------|--|--|
| Pérdida de volemia | < 25% | 25-40% | > 40% |
| FC | Aumento ligero | Aumento significativo | Taquicardia/bradicardia |
| TAS | Normal o aumentada | Normal o disminuida | Disminuida |
| Intensidad pulsos | Normal/reducida | Reducción moderada | Reducción importante |
| Relleno capilar | Normal/alargado | Alargamiento moderado | Muy prolongado |
| Temperatura periférica | Tibia, pálida | Fría, moreada | Fría, pálida |
| FR | Aumento moderado | Muy aumentada | Suspiros, respiración "en boqueadas", agónica |
| Estado mental | Agitación leve | Letárgico | Inconsciente. Reacciona solo al dolor |
| Tratamiento | Cristaloides y/o transfusión | Cristaloides, transfusión y valoración por cirugía | Cristaloides, transfusión urgente (sin cruzar), valoración urgente por cirugía |

FC: frecuencia cardiaca; FR: frecuencia respiratoria; TAS: tensión arterial sistólica

Evaluación y tratamiento del paciente con un traumatismo

- Estudio primario: evaluación y estabilización utilizando los mnemotécnicos A, B, C, D, E, (vías Aéreas, Breathing [Respiración], Circulación, Disability [Incapacidad, estado neurológico] y Exposición /Environmental control [Control ambiental])
- Evaluación secundaria: examen desde la cabeza a los pies después de la estabilización inicial
- Uso selectivo liberal de TC y de otros estudios por la imagen

Pruebas Complementarias

Pruebas de laboratorio

Pruebas cruzadas y reserva de sangre.

- Hemograma y coagulación. Hematocrito: utilidad para conocer el valor basal y control evolutivo (puede ser normal en el momento inicial). Un hematocrito $< 30\%$ puede sugerir lesión^{6,7}.
- Glucemia, gasometría venosa, ácido láctico, iones, función renal, amilasa, lipasa, albúmina, enzimas musculares y cardiacos (estos últimos en casos seleccionados).
- Función hepática: GOT (AST) > 200 o GPT (ALT) > 125 sugieren alta probabilidad de lesión intraabdominal (valores por debajo de esos niveles no excluyen lesión significativa si mecanismo severo)^{6,7}.
- Análisis de orina: la macrohematuria o sedimento con más de 50 hematíes por campo es altamente sugestivo de lesión renal o del tracto urinario, valorable por encima de 10.
- Otros tests a valorar en función del contexto: etanol, test de embarazo, tóxicos en orina, carboxihemoglobina.

Bibliografía

- Abordaje del paciente traumatizado, Jaime Jordan, Revisado/Modificado may 2024, <https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/abordaje-del-paciente-traumatizado/abordaje-del-paciente-traumatizado?ruleredirectid=757>
- VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/304_01.htm
- PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/19_Politrauma_4ed.pdf
- Manual de algoritmos para el manejo del paciente politraumatizado, <https://www.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2021/03/librotraumavi.pdf>
- POLITRAUMATIZADO, Dr. López-Durán, 25-Nov-11, <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>
- Valoración enfermera del paciente politraumatizado, Patricia Hernando Núñez, (Junio), 2015, <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13271/TFG-L882.pdf;jsessionid=F3C21AF503B2A5C33A56F67EEFF8B14E?sequence=1>
- GUÍA CLÍNICA Politraumatizado, https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Politraumatizado.pdf