



SUPER NOTA

**NOMBRE DEL ALUMNO (A): JOANA
LIZETH JIMENEZ JUAREZ**

**NOMBRE DEL TEMA: PACIENTE
POLITRAUMATICO**

PARCIAL:2DO

**NOMBRE DE LA MATERIA: ENFERMERIA
EN URGENCIAS Y DESASTRES**

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA: LIC. EN
ENFERMERIA**

CUATRIMESTRE: 7MO

**LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN:
PICHUCALCO CHIAPAS A 09 DE
OCTUBRE DEL 2024**

PACIENTE POLITRAUMATIZADO



CONCEPTO

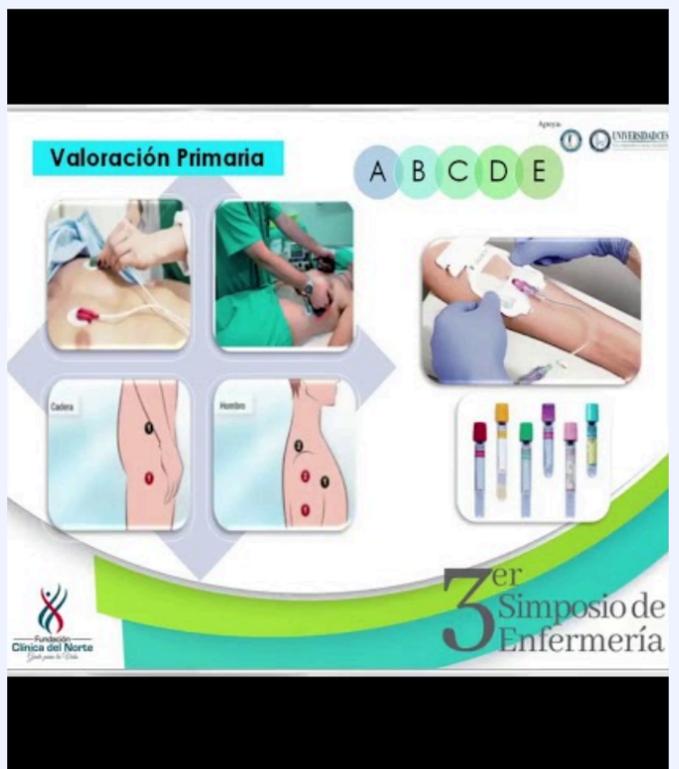
Un paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones en dos o más órganos o al menos una lesión que compromete su vida. Las causas más comunes de politraumatismo son: Accidentes de tráfico, Ahogamiento, Lesiones intencionadas, Quemaduras, Caídas.

SINTOMAS

Los principales síntomas del politraumatismo son:

- Dolor en las regiones afectadas o dolor de cabeza;
- Sangrado o hemorragia,
- Dificultad para concentrarse;
- Pérdida de memoria;
- Mareos o zumbido constante en los oídos;
- Dificultad para tomar decisiones.

Además, puede haber dificultad para mover las extremidades, hormigueo en los pies o manos, o falta de sensibilidad en cualquier parte del cuerpo.



DIAGNOSTICO

El diagnóstico del politraumatismo se realiza en el hospital a través de exámenes como radiografías, tomografías computarizadas o resonancias magnéticas. Además, el médico debe realizar un examen físico completo y, si es posible, hablar con la persona para evaluar el dolor y el malestar.

CAUSAS

Las principales causas de politraumatismo son:

- Accidentes de vehículos motorizados;
- Atropellos;
- Explosiones;
- Quemaduras;
- Amputaciones;
- Golpes o lesiones en varias partes del cuerpo.



PACIENTE POLITRAUMATIZADO



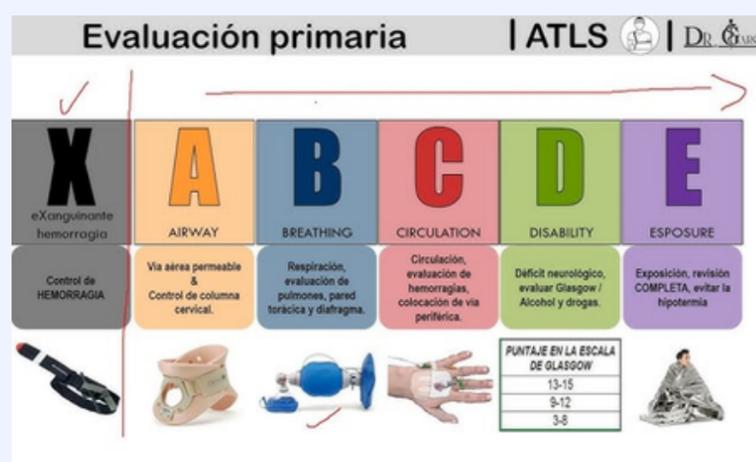
CÓMO ES REALIZADO EL TRATAMIENTO

El tratamiento del politraumatismo comienza primero con el Servicio de Atención Médica de Urgencias junto con los bomberos en el lugar del accidente.

Las lesiones se identifican y estabilizan siguiendo un protocolo conocido como ABCDE:

- C (circulación): verificar la circulación y si la persona tiene traumatismos abdominales, hemorragia externa, fractura de pelvis, lesiones en las extremidades, shock hipovolémico o shock cardiogénico, y tratar estas condiciones;
- D (nivel de conciencia): evaluar el nivel de conciencia de la persona utilizando la escala de Glasgow. Por lo general, una disminución en el nivel de conciencia indica un traumatismo craneoencefálico;
- E (exposición y entorno): quitar la ropa de la persona para examinarla, mantenerla caliente para prevenir la hipotermia y manejar con cuidado las lesiones.

- A (vías aéreas): despejar las vías aéreas y colocar un collarín cervical;
- B (respiración): evaluar la respiración, identificar y tratar lesiones en el tórax como neumotórax, hemotórax o tórax inestable. Si es necesario, administrar oxígeno;



COMPLICACIONES

- Shock por hemorragia, inestabilidad circulatoria, por infecciones e incluso neurogénico.
- Parada cardio respiratorio. PCR.
- Hemorragia, solo la diáfisis del fémur puede llegar a sangrar medio litro.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Gangrena gaseosa y tétanos.
- Complicaciones pulmonares: insuficiencia respiratoria, síndrome del embolismo graso (SEG).
- Complicaciones gastrointestinales: hemorragia, colecistitis acalculosa.
- Complicaciones renales: insuficiencia renal, mioglobinuria.
- Complicaciones vasculares: síndrome compartimental, tromboembolismo venoso.
- Síndrome compartimental abdominal.
- Lesión oculta: síndrome de disfunción de múltiples órganos (SDMO).
- Rabdomiólisis.
- Síndrome de aplastamiento.

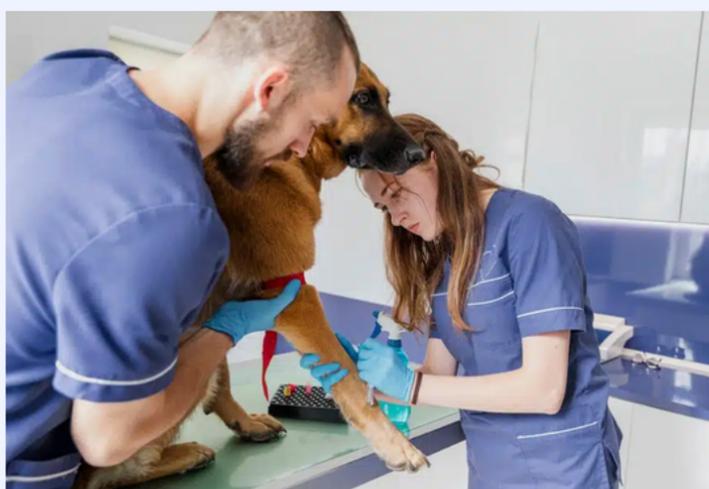


PACIENTE POLITRAUMATIZADO

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Control de la frecuencia respiratoria y el grado de esfuerzo respiratorio. Es recomendable que el paciente realice ejercicios de fisioterapia si no hay contraindicación médica para eliminar las secreciones traqueobronquiales.

- Aspiración de secreciones si el paciente está intubado, controlando la saturación de O₂.
- Monitorización hemodinámica: La hipotensión se relaciona normalmente con hipovolemia, taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, o lesión medular (perdida de tono vascular).
- Vigilancia de la frecuencia cardíaca: diferenciación del shock por lesión medular de la hipovolemia si ha bradicardia.
- Control de la diuresis: indicador del estado de la perfusión. Mantener una diuresis horaria entre 0,5 y 1 ml/Kg/h.
- Valoración del estado de conciencia: disminución de la conciencia en un PTT puede ser por diversos motivos: hipovolemia, hipoxia cerebral, hipoglucemia, drogas.



- Vigilancia de la aparición de agitación o convulsiones.
- Balance hídrico estricto: (entradas, salidas, sudor, fiebre, ...), necesario para ajustar el tratamiento.
- Valoración de la sedación, control del dolor para no aumentar las demandas de oxígeno.
- Vigilar la temperatura y tratar la fiebre.
- Vigilar los signos de infección y prevenir las infecciones nosocomiales en la medida de lo posible: manipulación de catéteres, tubuladuras y aspiraciones de forma estéril.



- Vigilar la aparición de sangrados no previsibles como en las encías, punciones, hematuria: puede indicar una CID (coagulación intravascular diseminada).
- Adecuar el aporte calórico adecuado por vía parenteral o enteral.
- Valoración del patrón de eliminación: evitar el estreñimiento por el riesgo de aumento de la PIA, fecalomas o diarrea.



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. <https://www.tuasaude.com/es/politraumatismo/>
2. <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-4--complicaciones-del-paciente-politraumatizado>
3. <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-5--cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-politraumatizado>