

LICENCIATURA EN ENFERMERIA 7°

DOCENTE

ARGUELLO GALVEZ MARCOS JHODANY

ALUMNO:

DANIELA HERNANDEZ ABARCA

MATERIA:

ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y DESASTRES

ACTIVIDAD:

ENSAYO

FECHA:

25 DE SEPTIEMBRE DE 2020

EVALUACIÓN INICIAL/ PRINCIPIOS DEL PACIENTE EXTRA HOSPITALARIO

Desde los últimos años en nuestro país se está presentado una variación en forma sustancial de la epidemiología de las causas de muerte a nivel mundial y el porcentaje de los fallecidos debido a trauma, de ser consecuencia de situaciones fortuitas o secundarias a grandes catástrofes o guerras por lo que tenían poca frecuencia, se ha ido modificando y aumentado en forma directamente proporcional con el aumento del parque automotor de las ciudades.

En la actualidad cerca del 60% de todos los pacientes politraumatizados corresponden a eventos posteriores a un accidente del tránsito, con una alta tasa de mortalidad, por ello ha desplazado a otras patologías tales como enfermedades infectocontagiosas, y el trauma ha pasado del noveno lugar hasta un tercer o cuarto lugar entre las causas de muerte en la estadística global, convirtiéndose realmente en una pandemia mundial.

Como profesionales de salud es necesario que tengamos conocimiento acerca de los mecanismos de producción del trauma y la cinemática del trauma ya que es esencial en la atención del paciente. Una historia completa y exacta más una adecuada interpretación de la información nos permitirá predecir más del 90% de las lesiones en los pacientes traumatizados. La cinemática del trauma nos explica los tipos de lesiones causadas por caídas, heridas corto-punzantes, herida por arma de fuego accidentes automovilísticos y lesiones por explosivos.

Como se sabe un paciente politraumatizado es todo aquel paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático, de las cuales, al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida del mismo.

Debido al traumatismo tiene una distribución trimodal: - El primer pico se observa en los primeros minutos del accidente y habitualmente se produce como consecuencia de laceraciones de grandes vasos y/o lesiones de órganos vitales como cerebro, corazón, etc. - El segundo pico ocurre dentro de las primeras horas del incidente; durante el mismo las muertes son debidas a hematomas subdurales o epidurales, hemo neumotorax o roturas de bazo e hígado, así como todo tipo de fracturas o lesiones asociadas con grandes pérdidas sanguíneas. -El tercero se observa en los siguientes días o semanas y es debido a sepsis y fallo multiorgánico. Globalmente, la mitad de las muertes se producen antes de la hospitalización del paciente y las restantes en el hospital, ocurriendo el 60% de ellas dentro de las primeras 4 horas después del ingreso.

En mi opinión personal un sistema de atención médica de urgencias organizado debe ser la valoración y tratamiento de los pacientes de este grupo, ya que son enfermos que en gran parte presentan problemas de compromiso de la vía aérea o hipovolemia severa que tienen fácil solución corregidos a tiempo.

Se debe establecer una secuencia ordenada y sistemática de actuación diagnóstica y terapéutica, tanto en actuación pre hospitalaria como en urgencias hospitalarias.

Valoración inicial del paciente politraumatizado, en esta está la fase exploratoria se realizara en tiempos inferiores a 30 segundos. Detecta lesiones vitales y siempre va asociado al tratamiento inicial de las mismas. Se sigue la máxima de "lesión diagnosticada, lesión tratada". Se establecerá una secuencia protocolizada de actuación, en sucesivas fases. ABCDE

La fase A. se refiere a vía aérea con control cervical se debe realizar , tracción de mandíbula ,retirar cuerpo extraño ,nunca hiperflexión o hiperextensión del cuello ,aseguraremos la permeabilidad de la vía aérea, controlando la columna cervical. Se comprobará el nivel de conciencia, preguntando al paciente ¿qué le pasa? Si esta inconsciente, escuchar ruidos respiratorios y abrir la boca para ver permeabilidad de la vía aérea. Si hay obstrucción de la vía aérea, realizaremos la

maniobra de elevación de mandíbula con cuello en posición neutra y se procederá a la limpieza de la cavidad bucal con la mano, aspirando si es necesario con sonda rígida. Se colocara una cánula orofaríngea. Todas estas maniobras se realizaran con estricto control de columna cervical.

La fase B trata del Control respiración, debemos exponer el tórax, cortar ropas de tórax. Comprobar movimientos y simetría, observar ventilación, Si es inadecuada aplicar mascarilla con aporte de oxígeno en alto flujo ($Fi O_2$ 50%, 8-10 litros por minuto) o intubación endotraqueal conectado a respirador volumétrico, descartar las lesiones potencialmente vitales como pudieran ser neumotórax a tensión, neumotórax abierto, y tórax inestable con contusión pulmonar y hemotórax masivo.

La fase C trata sobre Circulación verificaremos pulso ya que nos mide la frecuencia, amplitud y regularidad del latido cardiaco. Su presencia en relación a la localización nos orientará la tensión arterial.

La fase D es sobre Valoración neurológica inicial en la cual se mide el nivel de conciencia en el test de Glasgow, alerta, responde a estímulos verbales, responde a estímulos dolorosos, no responde a ningún estímulo.

En la fase E desnudaremos al paciente.

Tras finalizar la evaluación inicial, diagnosticando las lesiones de que producen riesgo vital y tratándolas de inmediato, el médico de urgencias procederá a una evaluación sistemática de cabeza a pies, buscando lesiones asociadas al trauma. Se denomina fase de valoración secundaria que siempre ira asociada a tratamiento definitivo de las lesiones descubiertas. Aunque la aplicación terapéutica no sigue el patrón de lesión diagnosticada, lesión tratada. Siempre estará presidida la actuación del médico, por la máxima de trabajar con paciente estable. Será una fase más lenta en tiempo, aproximadamente de dos minutos y en ella se descubrirán lesiones no vitales y además otras lesiones de carácter vital no descubiertas en valoración inicial; por ejemplo neumotórax evolutivos, roturas esplénicas etc. Esta fase otorga la calidad asistencial en tratamiento de pacientes

traumatizados. Requiere de unidades específicas, con personal entrenado exclusivamente en descubrir lesiones y tratarlas, priorizando las diferentes opciones terapéuticas que se plantean ante las diferentes lesiones asociadas aparecidas en un paciente politraumatizado. La metodología a seguir será la clásica en exploración de: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Cada vez que se encuentre alguna circunstancia patológica, se optara por realizar una interconsulta o por solicitar pruebas complementarias. Siempre priorizando la asistencia para salvaguardar la estabilidad del paciente. Cabeza, Se inspecciona el contorno buscando lesiones externas aparentes, tales como hematomas, deformidades, heridas, etc. Se palpa en cráneo buscando fracturas, hundimientos. Si encontramos un scalp, se palpan posible fractura dentro de él, y se comprimirá el sangrado. Las lesiones faciales sin compromiso respiratorio se trataran después al final de la valoración secundaria. Si aparece sangre en nariz, oídos o hematomas en anteojos o en mastoides, se sospecha la existencia de fractura de cráneo.

Cuello: Observar la posición medial de la tráquea, que se desviara en traumatismos directos y en la fase de tensión de un neumotórax. Veremos la posible ingurgitación de venas de cuello, que se marcara en neumotórax a tensión y en taponamientos cardíacos, con normovolemia, por el contrario estará muy disminuido en pacientes con hipovolemia.

Tórax: Se realiza una inspección y una palpación, buscando signos de traumatismo externo, tales como contusión y/o heridas, dolor, crepitación etc. Observar si hay salida de burbujas sanguinolentas en heridas que orientan a neumotórax abierto, hematomas en base tórax, orientan a roturas esplénica o hepática.

Abdomen y pelvis: Esta exploración es muy importante, pues en muchas ocasiones deriva a una necesaria y rápida intervención quirúrgica. Nos permitirá evaluar la necesidad de intervención quirúrgica. Destacar que en la exploración de traumatizados hay que tener siempre presente la existencia de una hemorragia

interna hasta que se demuestre lo contrario, y que las exploraciones irán encaminadas en descubrir precozmente estas patologías.

Extremidades y espalda: En su inspección buscaremos heridas, deformidades, fracturas etc. La palpación nos identifica zonas dolorosas y de crepitación, tumefacción y movimientos anómalos. Es muy importante la existencia de pulsos arteriales en extremidades. Radial en miembro superior; pedio y tibial posterior en miembro inferior. La ausencia de ellos es indicativa de reducción inmediata de fracturas o luxaciones. En esta fase se curan las heridas, suturando por planos, dejando drenajes y anotando en historia clínica las características y mecanismos de la herida.

Neurológico: Se procederá a la exploración motora y sensitiva de miembros superiores e inferiores, detectando parálisis o paresias debidas a lesiones centrales o medulares. Se revaluara nivel de conciencia y pupilas. Realizar exploración de escala de coma de Glasgow. Los cambios en lesiones de sistema nervoso central producen modificaciones en el nivel de conciencia.

Debemos saber que los pacientes con trauma deben ser reevaluados constantemente para asegurar que los nuevos hallazgos no se pasan por alto y descubrir cualquier deterioro de los resultados indicados anteriormente. Como se gestionan las lesiones iniciales que amenazan la vida, otros problemas igualmente peligrosas para la vida y lesiones menos graves pueden llegar a ser evidentes, lo cual puede afectar significativamente el pronóstico determinante del paciente. Un alto índice de sospecha facilita el diagnóstico y tratamiento precoz.

Muy importante que ante cualquier accidente nosotros sepamos actuar ante un paro cardiorrespiratorio este es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. Ya que en la actualidad, el número de muertes a causa de un paro cardiorrespiratorio está en aumento; ya sea por problemas cardíacos, cerebrovasculares, por un trauma o el incremento de factores de riesgo como son la obesidad el sedentarismo y la mala alimentación. Principalmente, los casos de

paro cardiorrespiratorio mayoritariamente se dan en los espacios extra hospitalarios, es decir, en el hogar o las calles de manera súbita y sorpresiva. Es por ello, que el paro cardiorrespiratorio se ha vuelto un problema de salud pública por lo que la respuesta sanitaria corresponde a la identificación temprana, activación del sistema médico de emergencia, aplicación inmediata de la maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP) y la desfibrilación rápida como lo establece los manuales de la Asociación Americana del Corazón (AHA por sus siglas en inglés) con el objetivo de revertir el paro cardiorrespiratorio.

La reanimación cardiopulmonar es una intervención que salva vidas y constituye la piedra angular del procedimiento de reanimación ante un paro cardiorrespiratorio. La supervivencia al paro cardíaco depende del reconocimiento temprano del episodio y de la activación inmediata del sistema de respuesta a emergencias, pero la calidad de la RCP administrada es un factor igualmente decisivo. Cada minuto sin RCP disminuye la supervivencia en un 7 a 10%, por lo que la actuación rápida y eficaz es de vital importancia para garantizar la supervivencia de la víctima. Por ello, los resultados de la reanimación dependen de la uniformidad, protocolización, conocimientos, capacidad técnica, científica y humana que aplique el personal de la salud.

La Reanimación Cardiopulmonar tiene como objetivo revertir el estado del Paro Cardiorrespiratorio, sustituyendo primero e intentando reinstaurar posteriormente la circulación y respiración espontánea. Es por lo cual será de suma importancia que todo personal de la salud tenga conocimiento y entrenamiento en RCP básico. Es por ello que todo personal de enfermería, ya sea profesionales de enfermería o personal técnico, debe desarrollar sus conocimientos, habilidades y competencias en la reanimación cardiopulmonar y mucho más el personal que labora y actúa en los primeros niveles de atención ya que la mayoría de casos de muerte súbita y paro cardiorrespiratorio se dan en el hogar y en las comunidades donde la supervivencia es menor. Capacitándose continuamente permitirá aplicar un RCP de calidad que salvara vidas.

A mi punto de vista la mortalidad de los pacientes poli traumatizados no depende tanto de la disposición trimodal ni de la hora de oro, y sí de la edad, gravedad y características lesionales. La valoración completa y protocolizada nos ayudará a realizar de forma prioritaria y ordenada aquellas técnicas que necesite el paciente sin retrasar su traslado a un hospital especializado.

Por otra parte como personal de enfermería debemos conocer los signos del paro cardiorrespiratorio y conocer la definición de reanimación cardiopulmonar al igual que los aspectos de la secuencia de la cadena de supervivencia extrahospitalaria.

Al igual que como personal de salud debemos optar por capacitaciones periódicas tanto teóricas como prácticas sobre Reanimación Cardiopulmonar Básico con la certificación correspondiente y la actualización de certificación en el periodo establecido.

BIBLIOGRAFÍA

ATLS Apoyo Vital Avanzado en Trauma booksmedicos.org compressed , capitulo