

**Nombre de alumno:** Aranza Fernández  
Monjarás

**Nombre del profesor:** Marcos Jhodany  
Arguello

**Nombre del trabajo:** Ensayo “evaluación  
inicial / principios del paciente extra  
hospitalario

**Materia:** Enfermería en urgencias y  
desastres

**Grado:** 7°

**Grupo:** “C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de septiembre de 2020.

## **“EVALUACIÓN INICIAL / PRINCIPIOS DEL PACIENTE EXTRA HOSPITALARIO”**

En el presente ensayo hablaremos sobre la cinemática del trauma, esto se refiere a que podamos entender y analizar el escenario donde se desencadenó un accidente de cualquier índole, puede ir desde automovilístico, en el hogar por incendios, fugas, entre otros, esto para poder ayudarnos a identificar las posibles lesiones que tengan los accidentados y así poder proporcionarles el tratamiento más adecuado y rápido.

Además hablaremos de la valoración inicial del paciente politraumatizado, para esto nos interesa saber que es un paciente politraumatizado y así poder avanzar y desglosar los pasos que conlleva dicha valoración. Un paciente politraumatizado es aquel que presenta dos o más lesiones que comprometen su vida, es un paciente grave o con alto grado de riesgo de que pueda perder la vida o de desencadenar secuelas graves.

*Según la OMS “POLITRAUMATISMO” es una lesión corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, que resulta de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica.*

**DATO CURIOSO:** La hemorragia es la causa de muerte más prevenible en trauma.

**SABÍAS QUE...** El trauma constituye un importante problema de salud a escala mundial, causa anualmente, según datos aportados por la Organización Mundial de Salud, más de 5,8 millones de muertes, siendo la primera causa de mortalidad en menores de 45 años.

En este ensayo tocaremos también el tema de Reanimación Cardiopulmonar Básica que son todas las maniobras que realizamos para poder restaurar el oxígeno y circulación de forma eficiente.

**DATO CURIOSO:** La mayoría de las paradas cardíacas son hipoxias en su origen y, por lo tanto, la prioridad es la apertura de la vía aérea y la administración inmediata de oxígeno.

Cuando hablamos de la cinemática del trauma como ya mencionamos anteriormente nos referimos a que tenemos que analizar el escenario donde se desencadenó un accidente y así poder identificar las lesiones que se pudieron provocar por dicho accidente, puede ir desde una leve rasgadura hasta una ruptura o algo incluso más grave. Por ejemplo una persona conduce de madrugada saliendo del trabajo, cansado, adormitado, a una velocidad relativamente alta, la madrugada estaba lluviosa, niebla, cerrera húmeda, se pasa un alto y choca con un carro que iba a una velocidad considerable, el otro conductor no tenía sueño, al contrario él se percató bien de cómo sucedieron las cosas, en fin, la persona que tuvo la culpa queda inconsciente, además no llevaba el cinturón de seguridad, su cabeza chocó en el vidrio del carro, la parte delantera del automóvil quedó totalmente aplastada. Analizando todo estos datos, el escenario claramente y sin duda sabemos que la culpa era de la persona que iba adormitada y a exceso de velocidad, si ésta persona hubiese llevado al menos puesto el cinturón de seguridad, no hubiera tanto compromiso de su tronco superior, el carro si iba a recibir un impacto grave, pero él/ella, se no hubiera sufrido tanto daño físico, puesto que por el empujón del carro, hubo una extensión rápida de columna, lo que puede sospecharse que hay alguna fractura tanto de ésta como por ende del cuello.

El mecanismo del traumatismo si es un impacto frontal puede haber deformación del volante huella de la rodilla en el tablero y las lesiones que se pueden sospecha son fractura de columna cervical como dijimos en el ejemplo de arriba, neumotórax, ruptura traumática de aorta, ruptura de hígado o bazo, fractura o luxación de rodilla o cadera.

Si hablamos de un impacto lateral puede haber lesiones como ruptura de diafragma, neumotórax, ruptura de aorta, esguince cervical contra lateral, fractura de pelvis.

Otro ejemplo muy común es de un accidente automovilístico con un peatón donde puede desarrollarse un trauma craneoencefálico, ruptura traumática de la aorta, lesión de vísceras abdominales o fracturas de extremidades inferiores.

Un paciente puede perder la vida en uno de los 3 diferentes periodos de tiempo, está la primera, segunda y tercera etapa, en **la primera** es de segundos a minutos después de sufrir un accidente por la ruptura de la aorta, lesiones cardiacas, lesión en el tronco o médula espinal. La **segunda etapa** es los primeros minutos y horas por ruptura de bazo, fractura de pelvis, hemoneumotórax, hematoma subdural o epidural. Y por último **la tercera etapa**, días o semanas después del accidente y generalmente es por consecuencia de una sepsis o por la falla de varios órganos.

La valoración inicial que se realiza en el paciente politraumatizado debe realizarse de preferencia en un tiempo de no más de 30 segundos, en esta fase podemos detectar lesiones importantes por lo que nos permitirá poder definir el tratamiento a utilizar al inicial. Se sigue una secuencia denominada **ABCDE**. La **A** significa vía aérea con control de la columna cervical (**AIRWAY**), la **B** se refiere a conservar la respiración y la ventilación (**BREATHING**), la **C** significa mantener circulación y control de hemorragias (**CIRCULATION**), la **D** se basa en valorar el estado neurológico, es decir si hay déficit neurológico (**DISABILITY**) y por último la **E** que se refiere a exposición y control ambiental, prevenir la hipotermia (**EXPOSITION**).

En la vía aérea tenemos que realizar la tracción de la mandíbula, si hay presencia de algún cuerpo extraño es el momento para retirarlo, también debemos observar si hay fracturas faciales. Es importante recalcar que no debe realizarse nunca hiperflexión o hiperextensión del cuello, puede que en vez de ayudar al paciente solo causemos daños más graves o en su peor caso irreversibles. Tenemos que observar si la vía aérea es permeable, tenemos que proteger lo más que podamos a la columna cervical. Para que podamos saber si hay obstrucción de la vía aérea es importante tomar en cuenta los signos como agitación, alteración en el estado de conciencia, retracciones intercostales, respiraciones ruidosas. Si el paciente nos habla y está tranquilo es evidente que la vía aérea es permeable y no hay obstrucción alguna. Si el paciente presenta la vía aérea comprometida lo que debemos realizar es la elevación del mentón y posteriormente una intubación endotraqueal, ya sea por nariz o boca, si no podemos realizar dicha intubación debemos proceder entonces a la cirugía. Todo paciente politraumatizado debe recibir oxígeno. Si recurrimos a la cirugía, los procedimientos a realizar serían una traqueotomía o una cricotiroidotomía.

Para poder conservar la respiración y la ventilación lo primero de debemos hacer es eliminar la ropa que el paciente lleve puesto, lo más rápido posible, esto se puede realizar con mayor facilidad con ayuda de unas tijeras siempre con el cuidado de no dañar más al paciente, se debe comprobar los movimientos que realice el tórax y la simetría de este, tenemos que observar la frecuencia respiratoria y la profundidad, debemos evaluar los pulmones, pared torácica y el diafragma, y esto lo haremos con la ayuda de la inspección, palpación, percusión y auscultación. Si nos damos cuenta de que la ventilación del paciente es inadecuada debemos colocarle una mascarilla y así poder proporcionarle el oxígeno que necesita el paciente o bien una intubación endotraqueal.

Es importante que observemos si hay alguna lesión que comprometa la respiración y la ventilación como un neumotórax a tensión, tórax inestable con contusión pulmonar o un hemotórax masivo.

Para mantener la circulación y el control de hemorragias el objetivo principal es evitar el choque. Tenemos que medir el pulso, lo que nos mide la frecuencia, amplitud y regularidad de latido cardiaco, también debemos observar la coloración que presente la piel, esta nos da una idea de la oxigenación de tejidos, también hay que observar el llenado capilar, dos segundos es normal, pero si pasa de esos 2 minutos simplemente no hay llenado nos indica que hay hipoxia tisular, no es recomendable tomar la tensión arterial en esta fase.

Si hay presencia de hemorragia masiva debemos realizar presión en la zona, uso de torniquetes. Existen algunas patologías que comprometen a la circulación y el control de las hemorragias dentro de esas patologías encontramos **signos duros** y **signos blandos**. Dentro de los signos **duros** están hemorragias sostenidas con o sin signo de shock, hematoma pulsátil o expansivo o bien soplo en área de la lesión, en estos casos hay un 97% de probabilidad de recurrir al quirófano de forma inmediata. En los blandos encontramos antecedentes de hemorragia en el lugar del hecho, hematoma no pulsátil o heridas penetrantes múltiples, en este signo existe el 40% de probabilidad de realizar estudios diagnósticos.

En la valoración del estado neurológico debemos establecer el nivel de conciencia usando la escala de Glasgow (alerta, si responde a estímulos verbales, responde a estímulos dolorosos, no responde a ningún estímulo). Como sabemos la escala de coma de Glasgow nos valora función ocular, verbal y motora. Si el paciente tiene alteración de conciencia puede deberse a hipoglucemia, alcohol, lesión traumática del SNC o disminución de la perfusión cerebral. También es importante que se realice una valoración de las pupilas, valorar su tamaño, simetría y reactividad a la luz. Hay patologías que comprometen la valoración neurológica como signo de mapache, rinorraquia u otorragia.

La valoración de exposición y control ambiental debemos desvestir al paciente completamente, para evitar la pérdida de calor debemos cubrirlo de inmediato con cobertores limpios o algunos dispositivos que proporcionen el calor suficiente y así evitar que el paciente caiga en hipotermia, la habitación en la que se encuentre el paciente debe tener una temperatura templada y si se le administrarán soluciones endovenosas deben ser calentadas antes de ser administradas.

Cuando nosotros realizamos una RCP de alta calidad podemos mejorar las probabilidades de supervivencia de la víctima en cuestión, para poder realizarla de una manera efectiva esta debe contar con diferentes características: debemos iniciar las compresiones antes de 10 segundos desde que identificamos al paciente que cursa con el paro cardiaco, debemos comprimir fuerte y rápido, las compresiones las debemos realizar con una frecuencia mínima de 100 por minuto y deben tener una profundidad de por lo menos 5 cm en los adultos alrededor de 5cm para niños y 4 cm para lactantes, debemos también permitir una expansión del tórax completa después de realizar cada compresión, debemos minimizar las interrupciones entre cada compresión, tenemos que realizar las ventilaciones de forma eficaz para poder hacer que el tórax se eleve completamente, pero también hay que evitar las ventilaciones excesivas.

Existen 5 eslabones en la cadena de supervivencia para el adulto, el primero es el reconocimiento inmediato del paciente en paro cardiaco, y activar el sistema de respuesta a emergencias; realizar la RCP inmediata haciendo mayor hincapié en las compresiones, realizar las desfibrilaciones, soporte vital avanzado efectivo y los cuidados pos-paro cardiaco.

***DATO CURIOSO:*** El paro cardiorespiratorio es responsable de más del 60 % de las muertes por enfermedades isquémicas del corazón (principal causa de muerte en el adulto) en especial el infarto agudo del miocardio (IAM).

La RCP consta de pasos, eso no facilita el reconocimiento de los principales signos vitales. Contamos con la secuencia ABC, donde la A son las vías aéreas, aquí debemos abrir las vías aéreas y evaluar la permeabilidad, también se debe limpiar y desobstruir la vía si así fuese necesario. La letra B significa respiración o ventilación, donde como lo dice vamos a evaluar la respiración y aportaremos dos respiraciones de rescate para poder comprobar la permeabilidad y al mismo tiempo poder oxigenar, en este paso nos damos cuenta que hay alguna obstrucción, procederemos a limpiar y desobstruir la vía aérea. Por último la letra C que significa circulación, en donde vamos a evaluar la circulación y seguiremos con las compresiones cardiacas si no hay pulso, ritmo y frecuencia según la edad.

Para poder saber que la RCP rindió frutos podremos observar que se recupera la dilatación de las pupilas, mejora la coloración de la piel, inician los movimientos respiratorios, se recupera el pulso y también se recupera la conciencia. La eficacia de las maniobras las

podemos verificar si el tórax se eleva con la insuflación, si no hay escape de aire y si cada compresión se sigue una pulsación arterial palpable en el cuello.

El triage es un conjunto de procedimientos rápidos, sencillos y repetitivos, mediante el triage podemos tomar decisiones graves basándonos en una información incompleta ya sea bajo presión emocional, por un número indeterminado de lesionados con diversas patologías y medio limitados.

Los objetivos del triage es la asistencia temprana, realizar las maniobras indicadas para poder salvar a un paciente, poder determinar el grado de urgencia, documentar a los pacientes, poder llevar un control de las víctimas, preparar atención al público, atención adecuada a los familiares, poder asignar áreas de atención, indicar medidas diagnósticas y terapéuticas, control temprano de infecciones. Para poder llevar a cabo un triage necesitamos un espacio seguro, personal entrenado, material médico adecuado para poder manejar de forma adecuada a los pacientes.

Existen elementos rápidos para realizar una valoración a los pacientes, en primera instancia tenemos a la inspección, mediante la cual vamos a localizar y visualizar al paciente, identificaremos sus signos vitales, mediremos su estado de conciencia, respiraciones y movimientos espontáneos que presente. El segundo es la evaluación, realizaremos una valoración hemodinámica donde observaremos la presencia y frecuencia del pulso y también el llenado capilar.

Antes de que un paciente sea ingresado a un área hospitalaria llamada fase pre hospitalaria debemos enfocarnos en el mantenimiento de las vías respiratorias, controlar las hemorragias, si hay presencia de shock actuar de forma oportuna, inmovilizar al paciente y transportar al paciente lo más rápido posible y al centro hospitalario más cercano. La fase hospitalaria debe enfocarse en tener todo el material y el personal adecuado para cuando el paciente llegue al hospital, debe contar con un área de reanimación, que los equipos de vías respiratorias estén a la mano, tener también soluciones cristaloides intravenosas calentados, debe existir también un protocolo para apoyo médico adicional por cualquier emergencia, presencia del personal de rayos x y laboratorio. Todo el personal debe contar con los métodos de barrera, como bata quirúrgica, guantes, cubre bocas, protectores oculares, botas desechables gorro quirúrgico

## CONCLUSIÓN

Es importante que sepamos actuar ante una emergencia y de igual manera ante una urgencia, ya que ambas se tratan de distintas formas, como hemos mencionado es bueno e importante que nos actualicemos respecto al RCP ya que año con año cambian pasos, maniobras, en general se descubren conocimientos y procedimientos que debemos aprender, no sabemos cuando estaremos frente a un caso como lo es un paro cardiorespiratorio. También es vital que sepamos como vamos a valorar a un paciente politraumatizado, los pasos a seguir, que debemos identificar como actuar, poder identificar golpes, fracturas, esguinces, mediante la cinemática del trauma.

## BIBLIOGRAFÍA

[file:///C:/Users/ary06/OneDrive/Escritorio/Trabajos%20UDS%20arana/antolog%C3%ADas/Urgencias%20extrahospitalarias\\_compressed.pdf](file:///C:/Users/ary06/OneDrive/Escritorio/Trabajos%20UDS%20arana/antolog%C3%ADas/Urgencias%20extrahospitalarias_compressed.pdf)

[file:///C:/Users/ary06/OneDrive/Escritorio/Trabajos%20UDS%20arana/antolog%C3%ADas/ATLS%20Apoyo%20Vital%20Avanzado%20en%20Trauma\\_booksmedicos.org\\_compressed%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ary06/OneDrive/Escritorio/Trabajos%20UDS%20arana/antolog%C3%ADas/ATLS%20Apoyo%20Vital%20Avanzado%20en%20Trauma_booksmedicos.org_compressed%20(1)%20(1).pdf)

<file:///C:/Users/ary06/OneDrive/Escritorio/Trabajos%20UDS%20arana/antolog%C3%ADas/SVB.BLS.para.profesionales.de.la.salud.pdf>