



**Nombre de alumnos: Hernández
Aguilar Leticia Moncerrat**

**Nombre del profesor: E.E.C.C./C.I.
Marcos Jhodany Arguello Gálvez.**

Nombre del trabajo: Ensayo

**Materia: Enfermería en Urgencias y
Desastres**

Grado: 7^{mo}

Grupo: "C"

URGENCIAS EXTRA HOSPITALARIAS

Evaluación inicial/ principios del paciente extra hospitalario

INTRODUCCIÓN

En el presente ensayo hablaremos sobre la Cinemática del trauma que en la cual se puede aplicar con rapidez y presión ya que es esencial conocer la cinemática del trauma y así poder evaluar a nuestros pacientes dependiendo el tipo de lesión que el presente o como se encuentre el paciente y así dependiendo el tipo de accidente que se presentó. Así mismo la Valoración inicial del paciente politraumatizado, así como personal de enfermería debemos de valorar a nuestro paciente mediante un trauma en el área de urgencias del cómo hay que valorarlo cuando se presenta dos o más lesiones que comprometan la vida del paciente, ya que sufre más de una lesión traumática grave. Además, hablaremos sobre la Reanimación cardiopulmonar básica, que es fundamental para salvaguardar la vida de nuestro paciente que se encuentra frente a un estado que puede ser grave, así como la una vía aérea inestable y un paro cardiorrespiratorio. En lo cual lo presentamos a continuación.

DESARROLLO

CINEMÁTICA DEL TRAUMA:

El trauma lo podemos definir como una herida o lesión caracterizada por una alteración estructural o un imbalance fisiológico resultante de la exposición aguda a alguna forma de energía mecánica, térmica, eléctrica, o química, o resultante de la ausencia de calor y oxígeno. Se dice que debemos de tener mucho conocimiento acerca del trauma, así como los mecanismos de producción del trauma y la cinemática del trauma es esencial en la atención del paciente con un trauma. Una historia completa y exacta de un incidente traumático con una adecuada interpretación de la información que nos permite predecir más del 90% de las lesiones en los pacientes traumatizados. La identificación de los mecanismos de producción del trauma en el cual nos permite recordar, evaluar y descartar las lesiones que se asocian comúnmente con los diferentes mecanismos. Por otro lado, la cinemática del trauma se dice que explica los tipos de lesiones causadas por caídas, heridas por arma corto-punzantes, heridas por arma de fuego, accidentes automovilísticos y lesiones por explosivos. **La cinemática** es una parte de la mecánica que trata movimiento en sus condiciones de espacio y tiempo, se basa en los principios fundamentales de la

física. Cuando un objeto en movimiento golpea al cuerpo humano se produce “cavitación”; asimismo, si el cuerpo humano está en movimiento y golpea un objeto estacionario el tejido del cuerpo humano es desplazado de su posición normal creando una cavidad. Esto puede interpretarse de la siguiente manera: en una colisión de un vehículo en movimiento se sucede no solo una, sino tres colisiones: el vehículo chocó con un objeto, los ocupantes chocan con el interior del vehículo y los órganos internos de los ocupantes chocan con otro órgano o con la pared del tórax o del abdomen.

Tanto como el mecanismo de producción del trauma que ocurre, como resultado de cavitación, sobre-presión, compresión y desgarró. Así como la cavitación, sobrepresión, desgarró, compresiones, el tipo de lesiones que ha sufrido el paciente tanto como explosión para atender una lesión primaria, secundaria o terciaria. Así como los mecanismos de producción de lesión en el trauma penetrante en los cuales son: heridas por arma corto-punzante, heridas por arma de fuego. Los mecanismos de producción del trauma más frecuentes en los accidentes automovilísticos: impacto frontal de un accidente automotor, impacto posterior en un accidente automovilístico, impacto lateral en un accidente automovilístico, impacto rotacional, volcamiento, mecanismos de producción del trauma más frecuentes en los accidentes que involucran motocicletas, así mismos los mecanismos de producción del trauma, más frecuentes en las caídas, factores que afectan los mecanismos de producción del trauma (edad de la víctima género, partes del cuerpo más resistentes al impacto, partes del cuerpo fijas, posición de la víctima en el automóvil), y los mecanismos de producción del trauma encerrado: lesiones específicas de la cabeza, cuello o tronco, lesiones específicas de extremidades.

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

Se define al politraumatizado como aquel paciente que presenta una asociación de 2 múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente, aunque solo sea una de ellas, riesgo vital para el paciente, El politraumatizado se clasificará en tres niveles dependiendo de las heridas sufridas:

- **Leve:** individuo que presenta heridas y/o lesiones que pueden tratarse a lo largo de un tiempo prudencial, ya que no presentan un riesgo vital inmediato.
- **Moderado:** individuo con heridas y/o lesiones que necesitan tratarse durante el transcurso de la actuación del equipo sanitario.

- **Grave:** individuo cuyas lesiones traumáticas necesitan ser tratadas de inmediato, ya que suponen un riesgo elevado de lesiones irreversibles o de muerte. Esta fase exploratoria se realizará 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.

A Vía aérea con control cervical.

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: 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 colocará una cánula orofaríngea. Todas estas maniobras se realizarán con estricto control de columna cervical. Siempre se pondrá collarín si dejamos de realizar la tracción cervical.

B. Control respiración

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 O2 50%, 8-10 litros por minuto) o intubación endotraqueal conectado a respirador volumétrico. **Descartar las lesiones potencialmente vitales:** neumotórax a tensión, neumotórax abierto, y tórax inestable con contusión pulmonar y hemotórax masivo. Se aplicará drenaje con tubo torácico como tratamiento. Se realiza en línea axilar media, en el 4º-5º espacio intercostal. **Circulación:** Gasto cardíaco, Pulso: nos mide la frecuencia cardíaca, amplitud y regularidad del latido cardíaco. Su presencia en relación a la localización nos orienta la tensión arterial. Color de piel: nos orienta de la oxigenación de tejidos. Relleno capilar: nos orienta de la perfusión tisular. Normal es 2 segundos. Si alargado o ausente indica hipoxia tisular. Se mide en lecho ungueal de 1 dedo de mano o pie. No tomar Tensión Arterial en esta fase. **Sangrado:** Control de hemorragia masiva. La hemorragia externa se trata con presión en la zona, champando, y nunca con torniquetes.

D. Valoración neurológica inicial

Nivel de conciencia: Test AVDN: Mide el nivel de conciencia en el test de Glasgow – Alerta. Responde a estímulos verbales -Responde a estímulos dolorosos -No responde a ningún estímulo. **Estado de pupilas:** Se valora tamaño, simetría y reactividad a la luz, En esta fase se podrá medir la escala de coma de Glasgow, completa, sólo si la estabilidad del paciente lo permite,

E. Desnudar el paciente.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO:

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Son todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en PCR con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior, este es su objetivo final. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa. La RCP incluye una serie de pasos (ABC del apoyo vital) en cascada que agilizan el rápido reconocimiento de los principales signos vitales. Esta secuencia, si bien se diseña para la RCP, también es aplicable para cualquier tipo de evento médico o traumático al cual haya que reconocer de forma inmediata antes de brindar apoyo vital básico o avanzado. La RCP al igual que el apoyo vital, puede ser básico o avanzado en dependencia de los recursos y el entrenamiento del personal. El seguimiento se resume en los algoritmos para la RCP del adulto y del niño expuestos más adelante.

Indicaciones de RCP de urgencia Todo paciente en PCR debe ser reanimado, no obstante, pueden considerarse 3 condiciones en las cuales no existe una justificación desde el punto de vista científico, las cuales son: El PCR representa el estadio terminal de una enfermedad crónica incurable, Imposibilidad de restablecer funciones nerviosas superiores, como en el caso de destrucción traumática del cerebro, rigor mortis, livideces en áreas declives y signos de descomposición, En la atención a accidentes masivos, la reanimación a pacientes con parada cardiorrespiratoria no constituye la primera prioridad si existen otras víctimas que atender y se dispone de pocos recursos humanos. **PASOS (ABC) DE LA RCP, (A, Vía aérea, B, respiración o ventilación, C, circulación).** Incluye la cadena de supervivencia que son una serie de pasos considerados imprescindibles para la correcta

recuperación (tanto a corto como a largo plazo) ante un paro cardiorrespiratorio, pero que son válidos ante cualquier emergencia médica. Como se verá, todos están relacionados al factor tiempo. Solo se dispone de 3 a 5 minutos para iniciar la RCP, posterior a ello puede ocurrir lesión irreversible del tejido cerebral, tal manera obtenemos, rápido reconocimiento, rápido acceso al área de urgencias, rápida resucitación, rápida desfibrilación, rápido apoyo vital avanzado, rápida atención en los cuidados intensivos definitivos. Tanto como el RCP en adultos en niños (mayor de un año hasta el inicio de la pubertad, en el lactante niño < un año).

CONCLUSIÓN

En comprensión a lo anterior, se dice que antes de realizar algo frente un accidente debemos de comprender la cinemática del trauma tanto como una evaluación de todo y determinar el tipo de lesión que se enfrente y así poder tener una buena valoración inicial del paciente politraumatizado. Y así como personal de enfermería debemos de valorar a nuestros pacientes y debemos de determinar el tipo de lesión que el paciente presente, como, personal de enfermería frente a un paciente politraumatizado debemos de valorarlo y así determinar su cuidado.