

Cuidado al Paciente Politraumatizado

Care for Patients Suffering Multiple Traumas

Constanza Forero Pulido*

Resumen

Se define paciente politraumatizado cuando éste recibe lesiones en diversos órganos y sistemas, que le pueden ocasionar la muerte, requiriendo actuaciones de urgencias.

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial del politraumatizado. Para el cuidado de estos pacientes es indispensable tener en cuenta en los servicios de urgencias los siguientes principios

Protección personal universal (guantes, gafas y tapabocas)

Seguridad evaluación de peligros y asegurarse que no haya ninguna que amenace su vida.

Evaluar la situación: qué paso, edad, mecanismo de lesión y número de personas involucradas.

Activar el Sistema de Emergencia, solicitar apoyo necesario.

Realizar evaluación al paciente.

Palabras claves

Cuidado, politraumatizado, lesiones

Abstract

A patient suffering from multiple traumas is defined as having sustained lesions in diverse organs and systems, which could lead to death and requires emergency treatment.

The role of the nurse is primary and indispensable in the initial care of patients with multiple trauma. For the care of these patients it is vital to take into account in the dispensing of emergency services these following principles

Universal personal protection (gloves, glasses and facemask)

Security evaluation of risks and making sure that there are none which put your life at risk.

Evaluate the situation: what happened, age, mechanism of the lesion and number of people involved.

Activate Emergency System, solicit necessary support.

Conduct an evaluation of the patient.

Key words

Care, Multiple Traumas, lesions

Valoración primaria

Es la primera fase de la atención del paciente, en ella se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregirlos de forma precisa e inmediata. Se conoce como el ABC:

A.- **Mantener la vía aérea permeable:** (A: Airway, vía aérea) Control de vía aérea y control cervical

El primer paso es comprobar si la vía aérea está

obstruida. Si la vía aérea no fuese permeable se deben extraer los objetos que la obstruyan.

Limpiar la boca de posibles cuerpos extraños.

Colocar una cánula de Guedel si el paciente esta inconciente para impedir la obstrucción de la laringe ocasionada por la lengua.

Administrar oxígeno según la necesidad del paciente. Con el objetivo de lograr una buena saturación de oxígeno a nivel tisular.

Adecuado control cervical. Evita producir o agravar una posible lesión cervical.

Se debe observar la vía aérea en pacientes con riesgo de obstrucción.

El paciente politraumatizado puede requerir intubación para asegurar una vía aérea adecuada.

B.- Mantener correcta ventilación-oxigenación: (B: Breathing, ventilación). Una vez controlada la vía aérea, se debe asegurar un adecuado nivel de intercambio gaseoso a nivel alvéolo-capilar. Para ello se debe valorar aquí, por inspección y auscultación, la simetría y correcta ventilación con los movimientos respiratorios de ambos hemitórax. Buscar las causas que alteran la ventilación e iniciar las medidas de reanimación, intubación, drenaje torácico, entre otros.

Se debe evaluar la oxigenación por medio de la oximetría de pulso y suministrar oxígeno suplementario.

El paciente politraumatizado requiere una evaluación permanente de la ventilación para realizar las intervenciones en el momento oportuno.

C.- Mantener buen control hemodinámica: (C: Circulation, circulación) tratar el shock y controlar puntos externos de sangrado profuso.

Si existe una hemorragia externa profusa, la primera medida será la compresión local, con

material estéril.

Evaluar pulsos, presión arterial, respiración, color de la piel, temperatura, llenado capilar, color de mucosas, estado de conciencia, diuresis.

Es imprescindible la consecución de dos accesos venosos periféricos. Los sitios preferibles son en venas ante cubitales. Siempre hay que iniciar dos vías venosas, y los catéteres de elección son gruesos y cortos, por ejemplo catéter # 14 ó 16. Por ellos se pueden trasfundir gran cantidad de líquidos en poco tiempo. El objetivo es conseguir una hemodinámica adecuada. Si no es posible el acceso periférico, pensar en el acceso venoso central.

Realizar obtención de muestras sanguíneas para hemoclasificación hemograma y otros, en el momento de obtener los accesos venosos.

Durante el control hemodinámica se le coloca sonda vesical para medir el gasto urinario y la sonda nasogástrica para disminuir el riesgo de broncoaspiración y la distensión del estomago

Es necesario monitorear al paciente Presión arterial, pulso, EKG y oximetría.

D.- Nivel de conciencia (Déficit neurológico): se realiza una valoración del nivel de conciencia, pupilas (simetría del tamaño y reacción a la luz) y Escala del Coma de Glasgow.

Un paciente con Trauma Craneoencefálico severo corresponderá a un Glasgow menor de 8 el cual necesitará lo antes posible de una intubación oro-traqueal.

Un paciente con Trauma Craneoencefálico moderado corresponderá a un Glasgow de 9 a 12 requiere soporte ventilatorio por medio de una vía aérea permeable y buena ventilación-oxigenación con mascarilla.

Un paciente con Trauma Craneoencefálico leve corresponderá a un Glasgow 13 -15 y hay que

*Enfermera, Magister en Salud Pública, Profesora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. cforero@tone.udea.edu.co

observarlo.

E.-Exposición total: Es primordial desvestir al paciente para poder valorar lesiones que de otro modo pasarían desapercibidas. Teniendo en cuenta que en estos pacientes existe gran riesgo de hipotermia, se deben tener precauciones para que no se enfríe.

F.- Monitorización.- Se continúa con la evaluación del paciente en forma permanente para identificar los cambios en los patrones fisiológicos que indique mejoría o no del paciente:

Frecuencia respiratoria y cardiaca.

Pulsoximetría.

Presión arterial.

Monitorización cardiaca.

Estado de Conciencia

Diuresis

Alteraciones motoras

Proceso de enfermería

Centrándonos única y exclusivamente en enfermería, para precisar y resolver de manera eficaz cada una de las necesidades del paciente, establecemos una serie de pautas cuyo conjunto se denomina *proceso de atención de enfermería*. Este es un proceso continuo, integrado por diferentes etapas o fases ordenadas lógicamente, que cumplen la misión de planificar y ejecutar los cuidados. Todas las etapas están relacionadas y son ininterrumpidas. Estructuralmente se dividen en las siguientes fases:

Valoración.

Diagnóstico.

Planificación de cuidados.

Ejecución.

Evaluación.

1.-Valoración.

Para garantizar un buen cuidado es indispensable realizar la valoración o reconocimiento de las condiciones del paciente en las dimensiones física, mental, psicoafectiva y social. Esto permite tener una mirada integral de la situación y así poder detectar a tiempo los signos de alarma y los cambios progresivos que puedan presentarse, permitiendo tomar acciones de prevención y de intervención que lleven al paciente a una adecuada recuperación.

La valoración debe ser completa, los datos se obtienen del paciente, su familia y los testigos, además las pruebas diagnósticas como radiografías y otros exámenes aportan elementos para hacer el diagnóstico y establecer el cuidado.

La valoración integral debe hacerse en forma completa y detallada. Se realiza después de solucionar los problemas encontrados en la valoración inicial, pues esta información es la base para planear el cuidado y es esencial para las valoraciones posteriores, al permitir verificar mejoras e identificar a tiempo las situaciones nuevas que puedan poner en riesgo la calidad de vida del paciente.

Los cambios observados deben ser compartidos con todo el equipo de trabajo para que se de realmente la continuidad en el cuidado y dejar registros escritos en las historias y fichas personales de los aspectos más relevantes encontrados, las intervenciones y los logros obtenidos.

Se presenta la propuesta de acuerdo con los planteamientos de la enfermera Virginia Henderson, docente de la Universidad de Yale, en Estados Unidos, y una de las enfermeras con más reconocimiento en el ámbito mundial, quien define el cuidado como la ayuda al individuo sano y enfermo en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse

de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Considera Henderson que la persona es una unidad constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales; además que las necesidades son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Se presentan a continuación los diferentes aspectos que se deben valorar en cada una de las necesidades que se pueden cubrir o apoyar en el paciente politraumatizado.

Respirar y oxigenar

Se debe valorar los signos vitales: presión, respiración, gases arteriales estado de conciencia y conjuntivas, Se observa la presencia de tos, expectoración y sus características como cantidad y color, la presencia de silbidos y ronquidos, la coloración de la piel si está pálida, colorada o si presenta cianosis, el pulso, y su frecuencia por minuto, la dificultad para respirar (Disnea). Observar si hay hundimiento de los músculos al respirar.

Eliminar desechos del cuerpo

Identificar si se presentan dificultades para la eliminación urinaria y para la eliminación intestinal, la frecuencia, aspecto, cantidad de la orina y de las heces o si se presenta salida involuntaria de éstas (incontinencia).

Si hay presencia de dolor tipo cólico, de edema y revisar el estado de las mucosas orales (lengua y paredes de la boca) para observar sequedad o inflamación.

Movimiento y postura adecuada

Reconocer las dificultades que la persona pueda presentar para moverse, sentarse, caminar y mantenerse en una postura. Si se moviliza de un sitio a otro o permanece mucho tiempo en la misma posición, si realiza movimientos articulares y cómo se encuentra el estado

de las articulaciones. Presencia de dolor, enrojecimiento o edema en extremidades.

Mantener la temperatura corporal

Es importante tener en cuenta la medición de la temperatura, que debe hacerse con termómetro de mercurio o digital, Además valorar las dificultades para conservar la temperatura, si presenta movimientos musculares involuntarios por frío o sudoración por calor.

Mantener la higiene y proteger la piel

Debe señalarse magnitud de lesión, grado de desvitalización de piel, existencia de ruptura de vasos importantes, magnitud de la pérdida de sangre; posición del segmento fracturado, alteraciones de la irrigación e inervación.

Se enfatiza en la valoración neurovascular identificando alteración de los pulsos periféricos, estado de la sensibilidad, color y temperatura de los tejidos de la zona afectada.

Conocer condiciones de la piel, mucosas, dientes y uñas. Identificar las áreas en las que necesita cuidados en la piel, observar las zonas de la piel que se encuentran húmedas o sometidas a roces y presión, la presencia de heridas, deformidades, inflamación, infecciones, morados y sangrado en la piel o mucosas.

Evitar peligros para sí mismo y los demás

Es necesario identificar si está orientado en tiempo, espacio, persona, si presenta signos de depresión, miedo o ansiedad, tiene algún déficit físico o usa medicamentos que le producen somnolencia mareo y debilidad.

Comunicarse y relacionarse con otros

Es necesario tener en cuenta las relaciones con otras personas, los recuerdos, la manera de hablar. Si tiene dificultades para comprender el contenido de los mensajes, para expresarse de

forma verbal.

Estar satisfecho consigo mismo

Conocer la estructura familiar y sus roles, los duelos y preocupaciones, así como si su estado de salud, modifica la imagen de si mismo. Identificar dificultades para reconocer y aceptar sus condiciones y limitaciones.

Aprender y adaptarse a situaciones nuevas

Es necesario conocer el nivel de escolaridad, qué desea y debe saber sobre su situación actual, qué opina sobre ella y la aceptación que tiene sobre las medidas para mejorar su salud. Valorar las dificultades para comprender los mensajes debido a problemas mentales, físicos o emocionales. Capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.

Morir dignamente

Identificar los cambios físicos que indican una muerte próxima, las necesidades y apoyos familiares requeridos en el momento de la agonía y los procesos que deben seguirse cuando el paciente fallezca.

Existen índices que informan acerca de la gravedad de las lesiones y pronostican con cierto grado de aproximación la magnitud del riesgo de muerte. El “Trauma de Score”: R TS es una escala de medición que permite identificar la magnitud de las lesiones desde el primer instante, evaluar los resultados, es un “Índice de gravedad de lesiones”: según valoración de tres parámetros posiblemente comprometidos en el accidente y considerados como fundamentales en la conservación de la vida.

2.- Diagnósticos de Enfermería.

Las necesidades y problemas detectados se transforman en Diagnósticos de Enfermería. Los más usuales que nos podemos encontrar ante un paciente politraumatizado de acuerdo con lo identificado en la valoración son

Respirar y oxigenar

Disminución del gasto cardiaco R/C Hipo perfusión. Disminución del volumen

Patrón de respiración ineficaz. Limpieza ineficaz de las vías áreas R/C Acumulo de líquidos o secreciones

Eliminar desechos del cuerpo

Deterioro de la eliminación urinaria R/C Modificaciones en la excreción de la orina
Riesgo de estreñimiento: R/C - Motilidad disminuida.

Movimiento y postura adecuada

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Hipoperfusión.
Déficit de autocuidado R/C Trastorno de la movilidad física.

Mantener la higiene y proteger la piel

Riesgo de infección R/C Deterioro de la integridad cutánea.

Mantener la temperatura corporal

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C. Falla en los mecanismos reguladores.

Evitar peligros para si mismo y los demás

Riesgo de lesión R/C Trastorno de la movilidad física.

Deprivación del sueño R/C Ansiedad.

Estar satisfecho consigo mismo

Baja autoestima situacional R/C Trastorno de la imagen corporal.

Comunicarse y relacionarse con otros

Riesgo de síndrome post traumático R/C Mecanismo de afrontamiento ineficaz.

Ansiedad R/C Dolor agudo.

Aprender y adaptarse a situaciones nuevas

Ansiedad R/C Desconocimiento de su situación.

Morir dignamente

Sufrimiento espiritual R/C Afrontamiento ineficaz.

Recordemos además que todos los pacientes tienen una historia anterior, tanto sanitaria como personal, estas nos pueden añadir otros diagnósticos o problemas que derivan en otros cuidados o modifican los existentes

3.- Planificación de Cuidados.

Para que el paciente reciba una asistencia integral debemos saber combinar el tratamiento farmacológico, el tratamiento dietético, la terapéutica física y el apoyo emocional.

En la Enfermería de Emergencia el tratamiento dietético queda casi excluido. No por ello debemos obviar la identificación de necesidades o problemas de nutrición y alimentación.

En la Enfermería de Emergencias el tratamiento farmacológico es el que tiene más predominio, está determinado por la gravedad de la situación, no por ello es menos importante para el paciente el apoyo emocional y la terapéutica física.

Los cuidados deben explicarse con detalle al paciente, al igual que los tratamientos, exploraciones y rutinas de funcionamiento.

Los cuidados más frecuentes en un paciente politraumatizado son:

Respirar y oxigenar

Oxigenoterapia
Ventilación mecánica
Recuperación de volumen
Terapia respiratoria

Control de presión Intracraneana

Eliminar desechos del cuerpo

Control de la eliminación
Posición para la eliminación
Masajes y ejercicios

Movimiento y postura adecuada

Cambios de posición
Apoyo en el autocuidado
Inmovilización y Movilización

Mantener la higiene y proteger la piel

Masajes y cuidado con la piel
Asepsia
Control de hemorragias
Cuidado con heridas

Mantener la temperatura corporal

Mantener el equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor

Evitar peligros para si mismo y los demás

Escuchar y acompañar
Manejo del dolor

Estar satisfecho consigo mismo

Expresar emociones

Comunicarse y relacionarse con otros

Intervención en crisis

Aprender y adaptarse a situaciones nuevas

Explicar los procesos

Morir dignamente

Acompañamiento en la muerte

4. Evaluación

Esta es la última fase del proceso de atención de enfermería. En ella se determina el grado de objetivos alcanzados, y los resultados del plan de cuidados.

Debe hacerse un análisis profundo de la situación, incorporando nuevos datos, para determinar si se han logrado los objetivos. Esta fase puede dar lugar a nuevas necesidades o a la eliminación de otras anteriores, lo que nos obliga a plantear nuevos objetivos, diagnósticos y cuidados. Los parámetros de evaluación serían los siguientes:

Gasto Cardíaco Presión arterial, Pulso, Llenado capilar.

Patrón respiratorio Permeabilidad de la vía aérea Frecuencia respiratoria Ruidos respiratorios.

Integridad tisular: piel y membranas mucosas Piel Sana.

Infección.

Temperatura corporal.

Afrontamiento.

Autocuidado.

Ansiedad.

Nivel de dolor.

Eliminación urinaria.

Recomendaciones finales

Cuando se está al cuidado de un paciente politraumatizado se debe actuar con prudencia:

Evalúe el estado del paciente con precisión y rapidez.

No mueva al enfermo en forma brusca.

No permita que el enfermo se movilice por sus

propios medios

No mueva el miembro lesionado; si ello es imprescindible, manténgalo inmovilizado o traccionado. No olvide que se puede provocar desplazamientos de los segmentos óseos: lesiones vasculares, neurológicas, lesiones de los segmentos cutáneos.

Resuelva los problemas en orden prioritario.

Registre todos los datos del paciente, esto permitirá hacer una evolución adecuada del proceso de recuperación.

Bibliografía

L. García Castrillón Riesgo. F. del Busto de Prado. Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias Vol. 13, n° 3 Junio 2001: 153-154.

JM. Morales Asencio. Reorientación hacia los servicios de Urgencias hacia el Paciente. Emergencias Vol. 13, n° 1 Febrero; 2001: 1-3 .

Restrepo Cuartas Jaime, Contreras, Martiniano Manual de normas y procedimientos en trauma. - 2. ed Yuluka / Medicina Medellín : Universidad de Antioquia, 2001, 396 p.

Brunner L S., Suddarth D S., Smeltzer, SC., Bare, BG. Tratado de enfermería médico quirúrgica 9 ed. México: Mc Graw Hill; 2002.

Zuluaga Juan Jairo Evaluación del paciente politraumatizado. Una visión Integral. Urgente saber de urgencias Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; 2008-2009

Aclely B, Ladwing G. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. p. 657-658, 1205-1206

- Bardaji T, Navarro M. Enfermería médico quirúrgica: necesidades de movimiento. 2a ed. España: Masson; 2000. p. 326

Convulsiones pediátricas y su manejo en el servicio de urgencias

Pediatric Convulsions and their management in emergency services

Jaime Alberto Escobar O*

Resumen

Se presenta la definición y clasificación de la convulsión pediátrica en un servicio de urgencias, además de una descripción corta del manejo en general, necesario para el diagnóstico y tratamiento de la patología.

Palabras claves

Convulsión, ausencias, atónicas

Abstract

The definition and classification of pediatric convulsions in emergency services is presented, as well as a short description of its general management, necessary to the diagnosis and treatment of the pathology.

Key Words

Convulsion, absences, atony

Definición

Alteración paroxística involuntaria de la función cerebral debida a una descarga anormal y excesiva de las neuronas corticales que se manifiesta como una alteración o pérdida de la conciencia, actividad motora anormal, comportamiento anormal, disturbio sensorial o disfunción autonómica.

Clasificación

Generalizadas: Ausencias, atónicas, tónico-clónicas, tónicas, mioclónicas ó espasmos infantiles

Parciales: Simples (preservación de la conciencia) o complejas (alteración de la conciencia)

Generalizadas secundarias.

Diagnóstico Diferencial (Alteraciones paroxísticas no convulsivas)

Síncope
Espasmo del sollozo
Alteraciones del sueño: Terrores nocturnos, pesadillas, narcolepsia
Cefalea migrañosa
ALTE
Pseudoconvulsiones

Aproximación clínica al niño con convulsión sin fiebre

Historia clínica completa
Factores desencadenantes: fiebre, trauma o ingestión
Historia médica y familiar previa
Interrogar testigos: movimientos motores y oculares, automatismos, alteración del habla,

*Médico cirujano, Pediatra