

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Rebeca Antolín Rodríguez, Miguel Mesa Pérez

INTRODUCCIÓN

El traumatismo es la principal causa de muerte entre la población de 15 a 45 años. Se ha demostrado que la mayoría de los fallecidos por politraumatismo a sido por traumatismo encefálico o torácico.

La capacitación del personal sanitario sigue siendo insuficiente para el manejo del paciente politraumatizado. Además, en los últimos años hemos presenciado profundas modificaciones en el paradigma de la resucitación del paciente traumatizado crítico.

Para tratar al paciente politraumatizado es imprescindible una correcta evaluación que nos permita identificar lesiones de riesgo vital. En el manejo inicial del trauma se definen tres tiempos de evaluación: primaria, secundaria y terciaria. La evaluación primaria incluye el manejo de lesiones inminentemente letales. La evaluación secundaria tiene como objetivo la identificación de lesiones que potencialmente pueden ser mortales. En la evaluación terciaria se realiza un examen clínico detallado del paciente con el fin de localizar lesiones ocultas.

Existen diferentes sistemas para el manejo del trauma: el ATLS (Soporte de vida avanzado del trauma), el Primary Trauma Care (PTC), el BTLS (Soporte vital básico en trauma) y el PHTLS (Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario). Todos ellos se basan en el mismos pasos de actuación, por lo que se ha sistematizado el protocolo ABCUDE.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es identificar y mostrar de forma clara y sencilla el protocolo sistematizado de actuación ante un paciente politraumatizado ABCUDE, tras el estudio de los diferentes sistemas ATLS, BTLS, PTC y PHTLS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Web of Science, Scinde Direct y Scielo. También nos hemos ayudado del buscados de Google Académico.

Criterios de inclusión: artículos publicados en inglés y/o español, desde el año 2012 hasta el 2016.

Criterios de exclusión: artículos que no se ha podido encontrar el texto completo.

A Vía aérea permeable. Protección columna cervical y administración de oxígeno.

En primer lugar se debe asegurar una **vía aérea permeable** para asegurar un correcto aporte de oxígeno. En este momento nos podemos encontrar con dos situaciones diferentes, una en la que el paciente está consciente y hable o grite y otra en la que se vea afectado el nivel de conciencia y por tanto se pueda obstruir la vía aérea.

Además, se debe **inmovilizar la columna vertebral** hasta que se pueda descartar lesión, por tanto la maniobra de hiperextensión cervical para manejar la vía aérea esta contraindicada por lo que se debe realizar una tracción y subluxación mandibular.

C Control de hemorragia y circulación.

Ésta evaluación requiere del control inmediato de **hemorragias evidentes** y establecer una perfusión para el control de la volemia del paciente.

Ante una hemorragia el paciente se encuentra pálido y sudoroso, con afectación del nivel de conciencia. Los signos vitales no nos predicen el shock hemorrágico, por lo que es necesario el control y la reevaluación de este apartado. Si hay sospecha de shock hipovolémico pero no se observa hemorragia externa se debe buscar **hemorragia oculta**.

D Déficit neurológico.

La alteración neurológica del paciente puede ser explicada por injuria del sistema nervioso central o secundaria a insuficiencia respiratoria o circulatoria que provoquen una hipoperfusión cerebral.

La evaluación neurológica se realiza con la escala Glasgow y la respuesta pupilar. Este apartado requiere de evaluación permanente y **su alteración obliga a revisar A, B y C**.

B Ventilación/ Respiración efectiva.

Es necesario mantener una ventilación adecuada del paciente. Un paciente con mala ventilación presenta inicialmente un aumento de la frecuencia respiratoria y disnea. Es necesario identificar las posibles lesiones torácicas que dificulten la ventilación, las más letales son el **neumotórax a tensión, el neumotórax aspirativo y el tórax volátil**. Es necesaria la identificación y el tratamiento temprano de éstas complicaciones.

U Ultrasonografía.

Diagnóstico de lesiones en la evaluación primaria, lo que sirve para un mejor control de **B y C**.

E Exposición y control ambiental.

Que en la cadena se coloque en última posición no quiere decir que deba ser lo último que se realice. Generalmente en primer lugar es necesaria la exposición del paciente para a continuación evaluar los otros aspectos. Dentro del control ambiental se destaca la prevención de la hipotermia.

CONCLUSIONES

El manejo inicial del paciente politraumatizado permite el diagnóstico y control de las lesiones severas que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Para realizar una primera evaluación de forma adecuada se debe seguir un protocolo sistematizado, como el ABCUDE.

El paciente politraumatizado debe ser atendido por todo el equipo multidisciplinar, no sólo por una persona. Por tanto, se hace necesario que todos los miembros del equipo tengan claro el protocolo de actuación y sigan todos los pasos del ABCUDE de forma rigurosa. El tiempo deseado para la primera evaluación y manejo de todos los apartados del ABCUDE es de 3 a 5 minutos.

Tras esta primera evaluación, se requiere de reevaluaciones que nos permitan detectar lesiones no vistas anteriormente.