

Descripción y análisis del trabajo en equipo en un caso de un paciente politraumatizado

AUTOR PRINCIPAL: María de la Palma Torreño Ríos

AUTORES: Aroa Rodríguez Rodríguez.

María del Rocío Barrero Macías.

PALABRAS CLAVE: Politrauma, politraumatizado, transferencia, extrahospitalario dolor, equipo de urgencias, soporte vital, valoración primaria, valoración secundaria.

INTRODUCCIÓN:

Los atropellos suelen ocurrir en zonas urbanas, provocando el 17% de las muertes de los accidentes de circulación.

Las lesiones producidas son conocidas como “la triada de las lesiones del peatón”. Esta triada consta de tres fases: 1ª fase: Impacto con el parachoques, 2ª fase: Impacto contra el capó y parabrisas, 3ª fase: Impacto contra el suelo. Las lesiones que con mayor frecuencia presentan estos pacientes son: traumatismo craneoencefálico (TCE), sección medular, traumatismo torácico, traumatismo abdominal, fractura de pelvis, fracturas de extremidades y lesión de tejidos blandos (1).



Cabe destacar la existencia de Código Politrauma, para mejorar la calidad de la atención de estos pacientes politraumatizados, favoreciendo una comunicación fluida entre los profesionales extrahospitalarios y hospitalarios.

METODOLOGÍA: Descripción y análisis de caso clínico real. Búsqueda bibliográfica en PubMed, para actualización de los cuidados aplicados al paciente politraumatizado. Utilización del algoritmo de Advanced Trauma Life Support (ATLS).

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO (RESULTADOS):

El 13 de junio del 2016, se recibe aviso sobre las 12.30 horas de un atropello de un varón de 55 años, en una zona de las afueras de la ciudad de Alicante. Una vez personados en el lugar del accidente, nos presentamos ante las Fuerzas de Seguridad y la Unidad de Soporte Básico (en adelante, SVB) que ya se encontraban presentes en el lugar. El tráfico estaba cortado, con lo cual el entorno era seguro en ese sentido. El paciente se encontraba en posición de decúbito supino sobre el asfalto. Cabe destacar, la situación extrema a la que estaba sometido tanto el paciente como para los profesionales que le asistían, debido a las altas temperaturas. Para aliviar dicha situación un Agente de Seguridad sostenía un paraguas para poder hacer algo de sombra. Un Profesional del SVB estaba realizando la alineación del cuello (control cervical) de forma manual, mientras hablaba con el paciente para comprobar respiración y nivel de conciencia. El paciente se encontraba consciente y orientado. A continuación, conjuntamente con el SVB se procede a la colocación del collarín cervical tras la medida del cuello del paciente.

Advanced Trauma Life Support (ATLS) estableció un protocolo claro, simple y organizado. Se sustenta en el concepto de que es preciso identificar primero aquella situación que pone en peligro inmediato la vida, tratándose simultáneamente los problemas detectados antes de pasar al siguiente escalón. Se denomina “Evaluación Inicial” e incluye:

1. Reconocimiento primario y tratamiento inmediato de situaciones que comprometen la vida.
2. Reconocimiento secundario, con monitorización elemental y técnicas de imagen esenciales.
3. Reconocimiento terciario, valorando a las 24 horas las probables lesiones ocultas. (2)

La atención al paciente se basó en dicho protocolo.

El reconocimiento primario, permite identificar las situaciones que ponen en peligro inmediato la vida. Se debe seguir la secuencia “ABCDE”:

- A) Vía aérea con control de la columna cervical.
- B) Respiración y ventilación.
- C) Circulación y control de Hemorragias.
- D) Déficit neurológico.
- E) Exposición/ control ambiental (3)

Volviendo al caso que nos ocupa, tras la valoración tanto de la vía aérea (el paciente respira de forma espontánea) y el control cervical (A), continuamos con el reconocimiento primario del paciente politraumatizado. De forma simultánea, de forma conjunta se determina con los profesionales del SVB, el centro hospitalario y qué equipo se va a encargar del transporte del paciente, para garantizar el adecuado tratamiento hospitalario que el paciente requiere, determinando si los recursos del hospital de referencia son suficientes para resolver en forma adecuada los problemas del paciente. Los centros hospitalarios deben estar catalogados de tal forma que los equipos sanitarios conozcan con exactitud a dónde deben trasladar a los pacientes en función de las características de las lesiones. En este caso, el médico de la Unidad SAMU, alertó vía TETRA al CICU, solicitando la activación del código Politrauma e informando de la edad del paciente y la prioridad del mismo, siendo en este caso prioridad 1.

El Código Politrauma puede ser activado por las unidades dependientes del Hospital General de Alicante. Dicho código se activará ante todo paciente asistido por unidad SAMU que sea víctima de un evento traumático agudo, cuando impresione de gravedad en la valoración clínica o cuando el mecanismo traumático se considere de alta energía (independientemente de la situación clínica). Se distingue entre Código Politrauma prioridad 0 y Código Politrauma Prioridad 1.

Código Politrauma prioridad 0: No se ha logrado una estabilización adecuada en la fase prehospitalaria (preH) Criterios:

A) Inestabilidad de la vía aérea:

- Coma (GCS < 9) sin aislamiento de la VA mediante intubación endotraqueal IET.
- Necesidad de IET no lograda en la fase preH.
- Indicación de vía aérea quirúrgica no realizada en la fase preH.

B) Inestabilidad respiratoria:

- Insuficiencia respiratoria (SatO₂ < 90%) refractaria.
- Neumotórax o hemotórax no drenado mediante tubo de tórax en la fase preH.

C) Inestabilidad circulatoria:

- Shock refractario a fluidoterapia inicial.
- Alta sospecha de sangrado no controlable independientemente de situación hemodinámica.
- Cualquiera de las dos situaciones anteriores y acceso venoso no logrado o insuficiente.

D) Necesidad de cirugía extremadamente urgente: Ejemplos notables:

- Sospecha de taponamiento cardíaco, hemotórax significativo, disección de aorta o TSA.
- Heridas penetrantes en tórax o abdomen.
- Amputaciones o extremidad en riesgo.
- Síndrome compartimental que precisa de fasciotomía o escarotomía.

Código Politrauma Prioridad 1

1. Traumatismo de alta energía independientemente de las situación clínica.

2. Paciente traumatizado grave con adecuada estabilización inicial en la fase preH: Ejemplos notables:

- TCE grave (GCS < 9) con vía aérea aislada mediante IET.
- Traumatismo raquimedular.

- Traumatismo torácico con insuficiencia respiratoria que responde al tratamiento administrado en la fase prehospitalaria (ventilación mecánica, tubo de tórax , etc).
- Shock con respuesta mantenida a fluidoterapia inicial.
- Quemados estables hemodinámicamente.
- Polifracturados estables hemodinámicamente.

Cómo se mencionó con anterioridad, se activó el Código Politrauma Prioridad 1. Ya que el traumatismo se consideró de alta energía.

Tras la solicitud del médico SAMU de la activación del Código, el CICU se pondrá en contacto telefónico con el médico de urgencias responsable de la recepción del paciente en el hospital de destino. El médico SAMU se encarga de informar al médico de urgencias de la naturaleza del accidente, la situación clínica, lo que el paciente puede necesitar al llegar y el tiempo estimado de llegada.

Para valorar la ventilación (B) del paciente se procede a la retirada de la ropa para la inspección del tórax en busca de movimientos asimétricos de ambos hemitórax y auscultación de ambos campos pulmonares para descartar posible neumotórax. Administración de Oxígeno a alto flujo con mascarilla con reservorio, para proporcionar una adecuada oxigenación.

Respecto al control circulatorio (C), procedemos a la toma de pulso tanto central como periférico tras comprobar que no existe hemorragia externa activa, siendo este de 84 lpm. El relleno capilar era inferior a 2 segundos. La coloración y temperatura de la piel era adecuada. Se procede a la canalización de vía periférica con angiocateter del nº 18, y se inicia administración de un bolo de 250 ml de solución salina fisiológica.

Se continúa con el examen neurológico (D) valorando el nivel de consciencia, el paciente se mostraba consciente y orientado, informando de que presentaba mucho dolor en las piernas, siendo calificado en una escala de dolor numérica del 1 al 10, de 8. Para aliviar el dolor, se procede a la administración de analgesia, utilizando Fentanilo como analgésico, se procede a la dilución de un 1 ml de la ampolla (la ampollade 3 ml, contiene 50 mcg/ml) con 4 ml de SSF, administrándose 2 ml de dicha dilución, tras la

administración de Metoclopramida intravenoso directo. La puntuación en la escala de Glasgow fue de 15 puntos.

Para finalizar el reconocimiento primario, procedemos a la retirada de la ropa del paciente (E), evidenciando en ambas extremidades inferiores deformación y hematoma. Se procede a la alineación e inmovilización de los mismos controlando en todo momento los pulsos distales.

Una vez terminado el reconocimiento primario, se procede al traslado del paciente a la ambulancia. Para ello se procede a la utilización de la camilla de cuchara. En todo momento manteniendo la alineación en bloque del paciente, siendo necesaria la ayuda de 5 profesionales.

Una vez en la ambulancia se procede al reconocimiento secundario, comenzando un examen exhaustivo desde la cabeza a los pies, basado en la inspección, palpación y auscultación. Durante esta fase, se realiza una historia clínica breve, recogiendo datos sobre posibles alergias y antecedente médicos, última comida y si sigue algún tratamiento (4). El paciente nos indica que no padece de ninguna alergia medicamentosa. Como antecedentes personales de interés nos informa de que es hipertenso y que toma una pastilla todas las mañanas aunque en ese momento no recuerda el nombre del medicamento. Se procede a la monitorización ECG, TA y pulsioximetría. Canalizamos nueva vía periférica. La tensión en primer momento es normal (113/62 mmHg), a los 5 minutos se procede a nueva toma obteniendo un valor más bajo (98/58 mmHg). El médico indica la administración de Voluven® y otro bolo de 250 ml de Solución Salina. Tras este procedimiento la tensión recobra valores iniciales. El paciente seguía padeciendo dolor intenso (escala de dolor numérica: 8), por lo que se procede a la administración de más analgesia. En este caso administramos Metamizol y Dexketoprofeno intravenoso diluido en 100 ml de Solución Salina. Durante el traslado, se reevalúa de forma continua al paciente hasta la llegada a el hospital.

Una vez personados en el hospital, comienza la fase de transferencia. Se continúa junto al paciente, manteniendo el control de la situación hasta que se responsabilice del paciente, los profesionales del centro hospitalario. Se entrega por escrito la actuación del equipo y las incidencias acontecidas durante el traslado. Se ubica al profesional de enfermería que se va a responsabilizar del paciente, a quien se le informa de manera rápida y protocolizada:

- ❖ Datos del evento traumático, el traumatismo se consideró de alta energía.
- ❖ Datos básicos del paciente: Datos de filiación y situación clínica:
 - Situación de la vía aérea: Estable
 - Situación respiratoria: Estable
 - Situación circulatoria: Líquidos administrados. Constantes vitales.
No presencia de hemorragias externas
 - Situación neurológica: Paciente consciente y orientado.
Analgésicos administrados, dosis, y horarios

CONCLUSIÓN:

El seguimiento del algoritmo Advanced Trauma Life Support y las consideraciones científicas en la práctica clínica del cuidado del paciente politraumatizado asegura una asistencia de calidad, mejorando la supervivencia.

Una buena transferencia permite, en primer lugar, una continuidad asistencial de los cuidados de enfermería y reduce la repetición o incluso la pérdida de información relevante en lo referente a los cuidados que se han realizado en el ámbito extrahospitalario. Además, permite proteger la seguridad del paciente evitando los errores, proteger a los propios profesionales de esos errores, reducir el estrés y ayuda a desarrollar las habilidades de comunicación de los equipos, tanto extrahospitalarios, como hospitalarios (5).

El profesional enfermero de una Unidad SAMU no puede reactivar su unidad si no ha realizado de forma óptima la transferencia del paciente.

Para una transferencia ideal, es deseable la presencia del profesional enfermero SAMU junto al paciente y recepción del personal de Enfermería del centro hospitalario a la llegada de la unidad del mismo, y a la inversa en el caso de traslados secundarios.

Es básico el uso de un lenguaje científico estandarizado.

Los datos básicos referentes de importancia acerca de la historia clínica del paciente: patologías previas, medicación previa, motivo de consulta urgente, evolución y cuidados realizados por enfermería de primaria, así como datos sociológicos de interés.

Es necesario destacar, la importancia de los registros para favorecer igualmente la transferencia y ayudar en la misma a reforzar aquellas lagunas que pudieran aparecer *a posteriori* y conseguir los beneficios que se obtienen cuando se realiza una buena transferencia.

En lo referente a la comunicación con el C.I.C.U., podemos decir que el flujo de información entre ambos es constante, ya sea para alertar sobre los avisos acontecidos, solicitar información acerca de la situación, solicitud de nuevos equipos...

Respecto a la comunicación con las unidades de S.V.B, el contacto en el lugar de la atención, podría calificarse de correcto y colaborador, decidiéndose de forma conjunta la competencia del transporte del paciente, favoreciendo un buen clima de relaciones multidisciplinares y de comunicación. El trabajo en equipo implementando esta comunicación, tanto dentro del equipo S.A.M.U. como en las relaciones con otros profesionales, además de favorecer un buen clima de trabajo, permite mejorar la satisfacción del paciente, la de los propios profesionales, reducir errores clínicos y mejorar la seguridad del paciente (6).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Dr. Miguel A Marchesse R. "Cinemática del trauma" Programa de Medicina de Urgencia. Pontificia Universidad Católica de Chile. www.urgenciauc.com/profesion/ppt.
- (2) Advanced Trauma Life Support. A Manual for Physicians. Chicago American College of Surgeons-Committee on Trauma; 7ª edición, 2004
- (3) Manual de Soporte Vital Avanzado al Trauma. Canabal, A; Perales, N; Navarrete P., et al. 2ª edición, 2007. Masson, Barcelona.
- (4) Martínez Almoyna M, Álvarez Leiva C. Actitud general ante las emergencias. Decálogo de Asistencia Prehospitalaria. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes [en línea] 1999 [Citado 2011 Jun 07];1 (1):14-17. Disponible en:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Actitud%20general%20ante%20as.pdf>
- (5) Talbot R, Bleetman A. Retention of information by emergency department staff al ambulance handover: do standardised approaches work?. Emerg Med J. 2007;24:539- 542
- (6) Kilner E, Sheppard LA. The role of team work and communication in the emergency department: a sistematic review. Int Emerg Nurs. 2010 Jul;18(3):127-137.Epub 2009 Jul 9.