

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

se realiza conforme a la secuencia de prioridades expuesta en el esquema siguiente, y siempre, atendiendo a los criterios de riesgo vital (vida, órgano, función), posibilidad técnica, y accesibilidad.

Actúe según el siguiente esquema:

1. VALORACIÓN DE LA ESCENA
2. ESTIMACIÓN INICIAL DE GRAVEDAD
3. VALORACIÓN PRIMARIA Y SOPORTE VITAL (RESUCITACIÓN)
4. TRASLADO PRIMARIO PRIORITARIO
5. VALORACIÓN SECUNDARIA Y ESTABILIZACIÓN
6. TRASLADO A CENTRO ÚTIL

Aproxímese al lugar manteniendo en todo momento las medidas necesarias de seguridad: para su equipo: Utilice material de protección que preste seguridad activa (ser consciente del peligro y esperar a los equipos de rescate, si la situación así lo requiere) y seguridad pasiva (casco, gafas, chaleco reflectante, chaleco anti fragmentos, guantes, traje NBQ, máscara antigás, equipo autónomo, ropas de protección en situaciones de fuego cedidas por bomberos, etc.).

para los pacientes: valore la posible situación de inseguridad del paciente y de las personas que se encuentran en su entorno. Si se encuentra ante una sospecha de incidente NBQ, priorice la información a la Central de Comunicaciones y tome las medidas de autoprotección de manera estricta (ver procedimiento operativo: NRBQ)

Evite la visión en túnel (prestar atención a lo más evidente, dejando otros pacientes o situaciones sin atender).

Preste atención al mecanismo lesional, información importante a tener en cuenta para el diagnóstico de lesiones, tratamiento e incluso pronóstico final. Reséñelo en el informe de asistencia.

Valore los apoyos necesarios (policía, bomberos, otras unidades SAMUR,)

Informe a la Central del tipo de incidente, número aproximado de víctimas y gravedad de las mismas, accesos más favorables para apoyos solicitados, etc.

ESTIMACIÓN INICIAL DE GRAVEDAD

Será rápida, en menos de treinta segundos. Tiene por objeto conseguir una impresión de gravedad del o los pacientes.

Compruebe el nivel de conciencia del paciente, valorando su estado:

Consciente (se valorará pulso y respiración)

Inconsciente (implica apertura de vía aérea seguida del resto de la valoración inicial). Todo ello realizado con alineación con control manual cervical.

Compruebe el estado respiratorio del paciente, atendiendo a frecuencia respiratoria aproximada (normal o bradipnea o taquipnea) y la existencia o no de dificultad respiratoria. Valore simetría y adecuada expansión de ambos hemitórax.

A la vez que comprueba la respiración, estime el estado hemodinámico:

Palpe pulso, frecuencia y amplitud, estimando un estado tensional aproximado
Pulso radial presente: > 80 mmHg. de TAS

Pulso femoral presente: > 70 mmHg

Pulso carotideo presente: > 60 mmHg

valore el relleno capilar y perfusión tisular (palidez, sudoración, frialdad...)

Calcule la escala AVDN (Alerta, reacción al estímulo Verbal, al Dolor o No respuesta) o, en su defecto, mida el componente motor de la Escala de coma de Glasgow (GCS).

Al final de esta estimación inicial, se debe de tener una idea preliminar y aproximada del estado del paciente, estando en disposición de realizar una clasificación de víctimas, en el caso de que hubiera más de un paciente o se tratara de un IMV (ver procedimiento operativo: Incidentes con Múltiples Víctimas y Triage), y de iniciar maniobras de resucitación, si son necesarias.

Durante esta fase, el paciente es atendido en equipo:

Un técnico se situará, preferentemente, a la cabecera del paciente

El resto de los técnicos realizarán el apoyo logístico y asistencial

Esta disposición en torno al paciente permite la instauración por los distintos componentes del equipo de múltiples actos diagnóstico - terapéuticos simultáneos, que singularizan y determinan nuestra valoración y reanimación primaria.

La disposición en grupo de actuaciones es orientativa y tiene como base establecer las prioridades de actuación habituales en la emergencia extra hospitalaria. Es posible variar de grupo las actuaciones en función de las necesidades del paciente.

Si el paciente estuviera en decúbito prono o lateral, voltéelo hacia la posición de decúbito supino mediante las maniobras de movilización controlada de columna vertebral.

Permeabilice la vía aérea con control cervical, si no lo ha hecho ya.

La maniobra inicial de apertura de vía aérea, en estos pacientes, será la de elevación mandibular, fijando la frente.

Coloque cánula oro faríngea tipo Guede si el paciente se encuentra inconsciente (sin forzar su colocación).

Coloque collarín cervical sabiendo que no es la inmovilización definitiva y que no se debe descuidar el control manual sobre la columna cervical.

Si necesita ventilación, utilice el balón de reanimación con reservorio conectado a fuente de oxígeno a alto flujo.

Controle aquellas hemorragias masivas que puedan comprometer la vida del paciente en poco tiempo.

Proporcione oxígeno a alto flujo si el paciente ventila espontáneamente.

Coloque el pulsioxímetro.

Reanimación cardiopulmonar básico

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica útil para salvar vidas en muchas emergencias, entre ellas, un ataque cardíaco o cuasi ahogamiento, cuando se detienen la respiración o los latidos del corazón de una persona. La American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón) recomienda que todos, tanto los observadores sin capacitación como el personal médico, comiencen la reanimación cardiopulmonar con las compresiones de pecho.

Es mucho mejor hacer algo que no hacer nada en absoluto si temes que tus conocimientos o habilidades no están al 100 por ciento. Recuerda que la diferencia entre hacer algo y no hacer nada podría salvarle la vida a alguien.

- Falta de capacitación. Si no tienes capacitación en RCP, solo practica la reanimación cardiopulmonar con las manos. Esto significa hacer compresiones de pecho sin interrupción de 100 a 120 por minuto hasta que lleguen los socorristas (se describe en mayor detalle más adelante). No es necesario proporcionar respiración de rescate.
- Con capacitación y preparación. Si tienes capacitación y confianza en tus habilidades, comprueba si la persona tiene pulso y respira. Si no respira o no tiene pulso en 10 segundos, comienza las compresiones de pecho. Comienza la reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate.
- Con capacitación, pero falta de práctica. Si anteriormente hiciste la capacitación en reanimación cardiopulmonar, pero no tienes confianza en tus habilidades, solo haz las compresiones de pecho a un ritmo de 100 a 120 por minuto. (Los detalles se describen más adelante).

La reanimación cardiopulmonar (RCP) puede mantener el flujo de sangre oxigenada al cerebro y otros órganos vitales hasta que un tratamiento médico más definitivo pueda restablecer el ritmo cardíaco normal.

Cuando el corazón se detiene, la falta de sangre oxigenada puede causar daño cerebral en solo unos minutos. Una persona puede morir en 8 o 10 minutos.

En el aire que respiramos hay un 21% de oxígeno y nuestro cuerpo solamente usa una pequeña cantidad, por lo que al exhalarlo aún contiene un 16% de oxígeno. Por esto son efectivas las ventilaciones boca a boca. Aunque por supuesto es mucho más eficaz poder oxigenar con aire puro o con oxígeno realizando una RCP instrumental que es la que suelen hacer los primeros intervinientes no sanitarios (bomberos, policías, militares, voluntarios de Protección Civil...)

Realización de las ventilaciones

Las insuflaciones o ventilaciones las debes hacer a la vez que realizas la **maniobra frente-mentón** (para abrir las vías aéreas), pinzando la nariz (para que el aire insuflado no se escape por ella) y mirando hacia el pecho (para ver que se eleva).

Realiza una inspiración normal, luego sella bien tus labios alrededor de la boca de la persona e insufla el aire suavemente hasta que el pecho se eleve, no más de un segundo. No debes soplar mucho ni muy fuerte porque el aire se puede ir hacia el estómago y provocar el vómito. Retírate para dejar salir el aire y comprueba que el pecho baja. Vuelve a realizar otra ventilación.



Si el pecho se eleva, las **ventilaciones** están siendo efectivas. Si no se eleva puede que no estés realizando bien la maniobra o que las vías estén obstruidas. Pero no insistas, solo se deben realizar dos intentos de ventilación e inmediatamente continuar con el masaje cardíaco. La parada para las ventilaciones no debe ser superior a los 10 segundos. Cuando toque de nuevo hacer las ventilaciones fíjate si hay algún objeto en la boca y, si lo hubiera, sácalo usando el dedo índice en forma de gancho.



Protección boca a boca. Llavero

Protección boca a boca. Mascarilla rígida adulto

Para realizar las ventilaciones con mayor seguridad y minimizar ese riesgo existen diferentes **protecciones**. Son dispositivos que llevan un filtro y/o una válvula unidireccional, que se colocan sobre las vías respiratorias de la persona y a través insuflas el aire y no dejan que pasen fluidos hacia ti. Pueden ser

¿NO RESPONDE?

Grite pidiendo ayuda

Abra la vía aérea

¿RESPIRA
NORMALMENTE?

NO

SÍ

POSICIÓN DE RECUPERACIÓN

112

Llame al 112

30 compresiones torácicas
2 ventilaciones

30:2





NOMBRE DEL ESTUDIANTE: JOSE RENE TREJO
VENTURA

NOMBRE DEL PROFESOR: MARCOS JHODANY
ARGUELLO

NOMBRE DEL TRABAJO: ENSAYO URGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS

NOMBRE DE LA MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIAS
Y DESASTRES

GRADO: "7"

GRUPO: "A"

COMITAN DE DOMINGUEZ A 21/09/2020