



Carrera enfermería

Nombre del alumno leyvi Christian López López

Materia enfermería en urgencia y desastres

Trabajo valoración inicial a b c d e

Catedrático bravo Hernández pedro Alejandro

Fecha de entrega 27 / 11 / 2020

A) VIA AÉREA + CONTROL CERVICAL + O2 + EVITAR HIPOTERMIA A1) PERMEABILIDAD VÍA AÉREA

- Debemos comprobar la permeabilidad de la vía aérea manteniendo en todo momento el control cervical. - La causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea es la caída de la lengua hacia atrás que suele ocurrir en las situaciones de inconsciencia. Otras causas son la presencia de vómitos, secreciones, sangre, cuerpos extraños. - Cuando nos acerquemos al paciente le haremos una pregunta simple: ¡Hola! ¿Cómo está? Nos acercaremos al paciente siempre de frente o sujetándole el cuello antes de hablarle para evitar que gire el cuello para mirarnos. Pueden darse tres situaciones:

- Si el paciente responde normalmente implica vía aérea permeable y en estos casos sólo se requerirá suplemento de oxígeno con flujo alto por mascarilla.
- Si el paciente no responde pero su respiración es normal intentaremos colocar una cánula orofaríngea (Guedel) y se administrará suplemento de oxígeno por mascarilla (FiO2 50%)
- Si no hay respuesta y la respiración es anormal o no existe, abriremos vía aérea evitando movimientos en columna cervical mediante elevación mandibular sin extensión del cuello (novedades ILCOR 2005), inspeccionaremos cavidad oral en busca de cuerpos extraños que se retirarán mediante aspiración o pinzas de Magyll, y colocaremos una cánula orofaríngea (Guedel). Si persiste el problema debe procederse a intubación orotraqueal.

CONTROL CERVICAL

- En todo paciente politraumatizado debe mantenerse la estabilidad de la columna cervical, especialmente durante su movilización y/o maniobras de apertura de la vía aérea. Por ello mantendremos control manual y colocaremos collarín cervical en todos estos pacientes, especialmente cuando se sospeche lesión cervical. - En esta etapa, antes de colocar el collarín cervical, debemos explorar el cuello en busca de posibles lesiones, y valorar la existencia de ingurgitación yugular o desviación de la tráquea que nos harán pensar en patología intratorácica (neumotorax a tensión, taponamiento cardíaco...)

SITUACIONES EN LAS QUE SE SOSPECHARÁ LESIÓN CERVICAL -TCE -Paciente inconsciente -Lesiones por encima de la clavícula -Traumatismos de gran energía - Ahogados -Accidentes de motocicleta

B) ANÁLISIS DE LA VENTILACIÓN

- Exploraremos el tórax descubierto (inspección, palpación, percusión y auscultación), intentando descartar fundamentalmente la presencia de patología vital intratorácica que es una importante causa de muerte durante el período inicial y que requiere detección y resolución en esta etapa.

OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA Movimientos respiratorios mínimos o trabajo respiratorio aumentado Cianosis Dificultad para ventilar con bolsa y mascarilla (Ambú) Intubación orotraqueal difícil

CAUSAS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA QUE DEBEN SER DESCARTADAS Y RESUELTAS EN ESTA ETAPA - Neumotórax a tensión - Neumotórax abierto - Hemotórax masivo - Tórax inestable

C) ANÁLISIS DE LA CIRCULACIÓN

Debemos realizar un control rápido de las hemorragias externas, mediante compresión directa sobre los puntos de sangrado. - Valoración del estado hemodinámico mediante determinación de la frecuencia cardíaca (si es superior a 120 lat/min suele indicar hipovolemia)

ESTIMACION DE TENSIÓN ARTERIAL MEDIANTE PALPACIÓN DE PULSOS - Presencia de pulso carotídeo implica $TAsist \geq 50$ mmHg -Presencia de pulso femoral implica $TAsist \geq 60$ mmHg -Presencia de pulso radial implica $TAsist \geq 70$ mmHg -Presencia de pulso pedio implica $TAsist \geq 80$ mmHg (indicar hipovolemia) y de la tensión arterial, palpación de los pulsos centrales y periféricos, evaluación del color de la piel, temperatura cutánea y relleno capilar (si está retardado más de 2 seg indica hipoperfusión), así como examen del nivel de conciencia y si es posible cuantificación de la diuresis (debe ser $>0,5$ ml/kg/h).

Canalizaremos dos vías gruesas. - Si es posible se colocará un pulsioxímetro y un monitor cardiovascular. - El shock es una urgencia vital que hay que empezar a resolver durante la fase de valoración primaria. Si existen criterios clínicos de shock comenzaremos la reposición de la volemia en esta fase de la actuación y seguiremos con las siguientes etapas, valorando posteriormente la respuesta a la primera sobrecarga de volumen. La reposición de volemia se hará inicialmente con una "carga de cristaloides", administrando 20 ml/kg de peso en 10-20 minutos.

D) EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA BÁSICA

- Durante la valoración inicial del paciente politraumatizado es importante determinar el estado neurológico inicial con objeto de detectar cambios posteriores. - Determinaremos la puntuación en la Escala de GLASGOW. Si es < 9 se debe proceder a la intubación en la evaluación inicial. - Valoraremos la simetría y reactividad de las PUPILAS. - Realizaremos evaluación básica de función MOTORA Y SENSITIVA.

E) DESVESTIR

- Desnudaremos completamente al paciente para detectar posibles lesiones o signos ocultos. - No olvidaremos abrigo posteriormente al paciente para evitar la hipotermia.