

VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA



M^a Victoria Barreiro Díaz
Médico Base Medicalizada 061
Pontevedra

EPIDEMIOLOGÍA

- ← 175.000 heridos. 8.000 muertes/año.
- ← 1ª causa de muerte < 40 años.
- ← 80% muertes de adolescentes.
- ← Gran repercusión sanitaria y económica. 1/3 ingresos hospitalarios.
- ← España 2-2,5% del PIB.



Objetivos

- **Importancia de valoración primaria**
- Valoración secundaria, si es posible
- Movilizar e inmovilizar, si corresponde

MORTALIDAD

- Hay tres picos de mortalidad definidos:
 - Mortalidad en primeros 10 minutos (muerte inmediata o in situ):
 - Lesión irreversible de estructuras vitales o hemorragias masivas
 - Sólo se disminuye con prevención
 - Mortalidad en primeras horas (muerte temprana):.
 - Alteraciones de la función respiratoria (obstrucción VA, hemo-neumotórax,...)
 - Alteraciones circulatorias: hemorragias, hipovolemia
 - La actuación prehospitalaria es fundamental para modificar esta mortalidad
 - Mortalidad tardía, en 2-4 semanas (complicaciones evolutivas):
 - Sepsis.
 - Fallos multiorgánicos.

Atención inicial al trauma

- Conjunto de pasos estructurados y definidos de forma secuencial
- Escenario prehospitalario y hospitalario:
 - Reconocimiento primario
 - Reconocimiento secundario
 - Reevaluación
- Dos fases con un mismo fin, que es tratar de lograr la supervivencia de la víctima con el menor número de secuelas, mediante actuaciones distintas.

Escenario prehospitalario

Objetivos

- Minimizar el tiempo de demora entre el lugar del accidente y el hospital con cualquier nivel de instrumentalización.
- Aplicar la asistencia de la vía aérea, oxigenoterapia y asegurar la mejor ventilación posible con control cervical.
- Control de la hemorragia externa
- - Empaquetar a las víctimas antes de movilizar y trasladar, si es posible

Valoración lo más rápida posible para identificar lesiones con compromiso vital que requieran tratamiento in situ, y decidir el traslado con la menor demora al centro más útil según las lesiones del paciente

Escenario hospitalario

- Establecer un área de atención donde aplicar las medidas de SV con el mayor grado de instrumentalización.
- Cobra mayor interés la aplicación del reconocimiento secundario, la reevaluación y el tratamiento definitivo.
- Identificar con precisión todas las lesiones letales utilizando todos los medios diagnósticos.

FASES DE LA ATENCIÓN INICIAL

1. Valoración de escena y establecimiento de medidas de seguridad.
2. Reconocimiento primario y estabilización.
3. Rescate (inmovilización y extricación).
4. Reconocimiento secundario.
5. Derivación y Transporte.
6. Reevaluación continua.
7. Cuidados definitivos.

Valoración de escena y establecimiento de medidas de seguridad.

- **Aproximación:** Se realizará por el camino más seguro, rápido y corto, en este orden. Se utilizarán letreros luminosos y acústicos.
- **Acceso:** el personal asistencial llegará al lugar manteniendo las siguientes medidas:
 - Uniformidad de alta visibilidad.
 - Estacionamiento: Coloque el vehículo en un lugar seguro, visible con señalización.
 - Autoprotección: no bajar de la ambulancia / helicóptero hasta que esté completamente parado y una vez que se haya realizado una inspección de los alrededores. Nos moveremos en sentido contrario al de la circulación o en la misma dirección del viento en caso de incendio o nube tóxica.
 - Señalización: Colocar señalización que advierta del peligro a una distancia de unos 150 metros en ambas direcciones en caso de un accidente de tráfico.
 - Inspección: evalúe rápidamente la naturaleza del accidente, el número de víctimas, los peligros potenciales y la necesidad de recursos adicionales.
 - Informar a CCUS



Colocación dos recursos no lugar do accidente



Colocación do vehículo asistencial sen outros recursos na zona

FASES DE LA ATENCIÓN INICIAL

1. Establecimiento de medidas de seguridad.
2. **Reconocimiento primario y estabilización.**
3. Rescate (inmovilización y extricación).
4. Reconocimiento secundario.
5. Derivación y Transporte.
6. Reevaluación continua.
7. Cuidados definitivos.

Reconocimiento Primario. Estabilización

Regla de los ABCDE vs C-ABCDE

- A. Apertura de vía aérea /control cervical.
- B. Ventilación y oxigenación.
- C. Circulación (evaluación estado circulatorio) y control de hemorragias.
- D. Valoración básica del estado neurológico (discapacidad).
- E. Exposición del paciente y protección térmica.

Reconocimiento Primario. Estabilización

Regla de los ABCDE vs C-ABCDE

- C. Control de hemorragias exanguinantes
- A. Apertura de vía aérea /control cervical.
- B. Ventilación y oxigenación.
- C. Circulación (evaluación estado circulatorio) y control de hemorragias.
- D. Valoración básica del estado neurológico (discapacidad).
- E. Exposición del paciente y protección térmica.

A. Apertura de vía aérea con control cervical

Sospechar obstrucción de la vía aérea (causa de muerte evitable)

- En todo paciente inconsciente.
- Movimientos respiratorios mínimos o ausentes.
- Disnea, tiraje, taquipnea.
- Estridor.

Sólo hay seguridad absoluta de vía aérea permeable en paciente consciente que puede hablar

A. Apertura de vía aérea con control cervical

• Apertura de VA:

- Maniobra de elevación mandibular:
 - Tracción de maxilar inferior llevando consigo la lengua
- Limpieza manual/aspiración de la cavidad oral
- Colocación de cánula de Guedel en pac inconscientes
- Aislamiento de VA mediante IOT en pacientes con:
 - alteración del nivel de consciencia
 - fases de agitación
 - patrones de respiración inestable
 - Alternativa dispositivos supraglóticos



CRITERIOS DE IET EN POLITRAUMATIZADO

- Obstrucción de la vía aérea (hematoma cervical, lesión traqueal, estridor, afonía).
- Hipoventilación/apnea. Trauma inestable
- Hipoxemia grave ($SpO_2 < 90\%$ a pesar de FiO_2 altas)
- Coma de Glasgow ≤ 8 . Descenso Glasgow > 3 puntos.
- Agitación
- PCR.
- Shock hemorrágico grave.
- Grandes quemados ($\geq 40\%$).

A. Apertura de vía aérea con control cervical

Sospechar lesión de columna cervical

- Todo paciente inconsciente.
- Traumatismo craneal, facial y por encima de las clavículas.
- Accidentes a gran velocidad.
- Accidentes de moto y bicicleta.
- Precipitados y ahogados.

Collarín cervical

- Debe tener acceso anterior a vías cuello y VA
- Limita flexo extensión, pero no los laterales



B. Ventilación

- Comprobar eficacia de la ventilación mediante inspección, palpación y auscultación :
 - Frecuencia respiratoria
 - Simetría y profundidad de mov respiratorios
 - Mov paradójicos torácicos y/o abdominales
 - Inspección de pared torácica: heridas abiertas, crepitación ósea o cutánea, percusión
 - Auscultación de sonidos respiratorios y cardíaca
 - IY y posición de tráquea
 - *Pulsioximetría*
- Sospechar lesiones torácicas que supongan riesgo inminente de muerte:
 - Neumotórax a tensión.
 - Taponamiento cardíaco.
 - Hemotórax masivo.
 - Volet costal

B. Ventilación

- Administrar O₂ a alto flujo y alta concentración si ventilación efectiva.
- Si la ventilación no es efectiva: ventilar con bolsa-mascarilla-reservorio
- Cuando no es suficiente, ventilación a través de tubo endotraqueal y respirador.

Tener en cuenta siempre que el objetivo es mantener oxigenación y ventilación, no intubar al paciente.

C. Circulación

- Control de hemorragias externas mediante:
 - Compresión de foco sangrante aplicando gasas, pañuelos, vendas,...y elevando zona afectada.
 - Si no se controla, presionar arterias braquial, femoral o poplítea si es posible
 - Torniquete si no es efectiva compresión
 - Valorar uso de gránulos/vendas hemostáticos
 - Prevalece compresión sobre medidas antisépticas, aunque sin olvidar relación entre infección herida/foco de fractura/tiempo de asistencia cx.
- Valoración del estado circulatorio:
 - Frecuencia respiratoria: taquipnea signo precoz
 - Pulso: Presencia de pulsos periféricos:
 - » Pulso radial presente: >80 mm HG
 - » Pulso femoral presente: >70 mm HG
 - » Pulso carotídeo presente: >60 mm HG
 - Perfusión periférica:
 - Relleno capilar (< 2 seg).
 - Color y temperatura de la piel.
 - Llenado de venas informa de retorno circulatorio

C. Circulación

- Vía/s periférica/s: Canalizar una vía periférica gruesa si es posible. La vía de 2ª elección es la vía IO.
- Priorizar traslado sobre canalización vía
- La admón de sueros se realizará mediante cristaloides, en bolos de 250 ml en 10-20 min y valorar respuesta, con el objetivo de mantener pulso central presente, salvo ancianos o pacientes hipertensos en que se intentará mantener radial (guías NICE 2017)
- Excepción sería el TCE grave y el LME en que se intentará mantener PAM 80 mmHg
- Se desaconseja la admón de grandes cantidades de sueros, así como de ~~colo~~loides.
- Administrar tranexámico tan pronto como sea posible en sospecha de shock hemorrágico: 1g iv en 10 min + 1 g IV en 8 h

D. Evaluación neurológica

- Nivel de consciencia: Escala de Glasgow:
 - Apertura ocular
 - Mejor respuesta verbal
 - Mejor respuesta motora
- Valoración pupilar:
 - Tamaño (miótica/midriática)
 - Simetría (isocóricas/anisocóricas)
 - Reflejo
- Identificación de focalidad motora

Puntos	Resp. Motora	Resp. verbal	Resp. ocular
6	Obedece		
5	Localiza	Orientado	
4	Retira al dolor	Desorientado	Espontánea
3	Flexión anormal	Palabras inapropiadas	A la voz
2	Extensión anormal	Palabras incomprensibles	Al dolor
1	No respuesta	No respuesta	No respuesta