

E. Exposición del paciente

- Retirar la ropa del paciente.
- Evaluar rápidamente la dimensión de las lesiones: focos de fractura, estabilidad de cinturón pélvico...
- Proteger frente la hipotermia.
- Monitorizar ECG, pulsioximetría, colocación de sondas, etc
- Preservar la vida sobre la función.

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.

Rescate

Movilización de pacientes

- Férulas de Kendrick.
- Camilla de palas.
- Tablero espinal

Inmovilización de pacientes

- Collarines cervicales rígidos.
- Inmovilizador cervical
- Colchones de vacío.
- Férulas de extremidades.



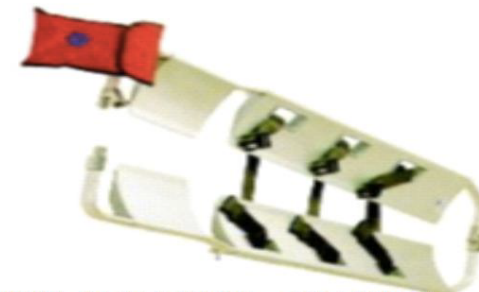
COLLARÍN CERVICAL



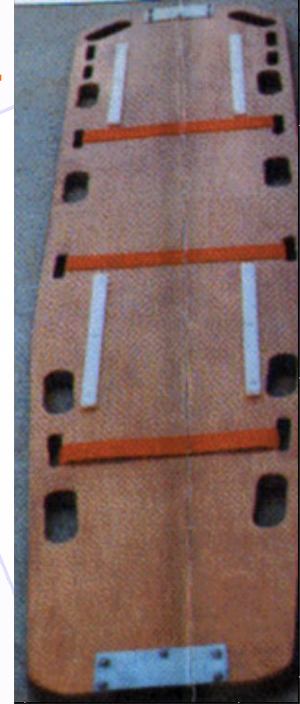
INMOVILIZADOR DE CABEZA



FÉRULAS DE MIEMBROS



CAMILLA DE PALAS - CUCHARA



FÉRULAS

TABLERO
ESPINAL
LARGO

COLCHÓN
DE
VACÍO



Rescate

Desincarceración



Rescate

Extricación



Rescate

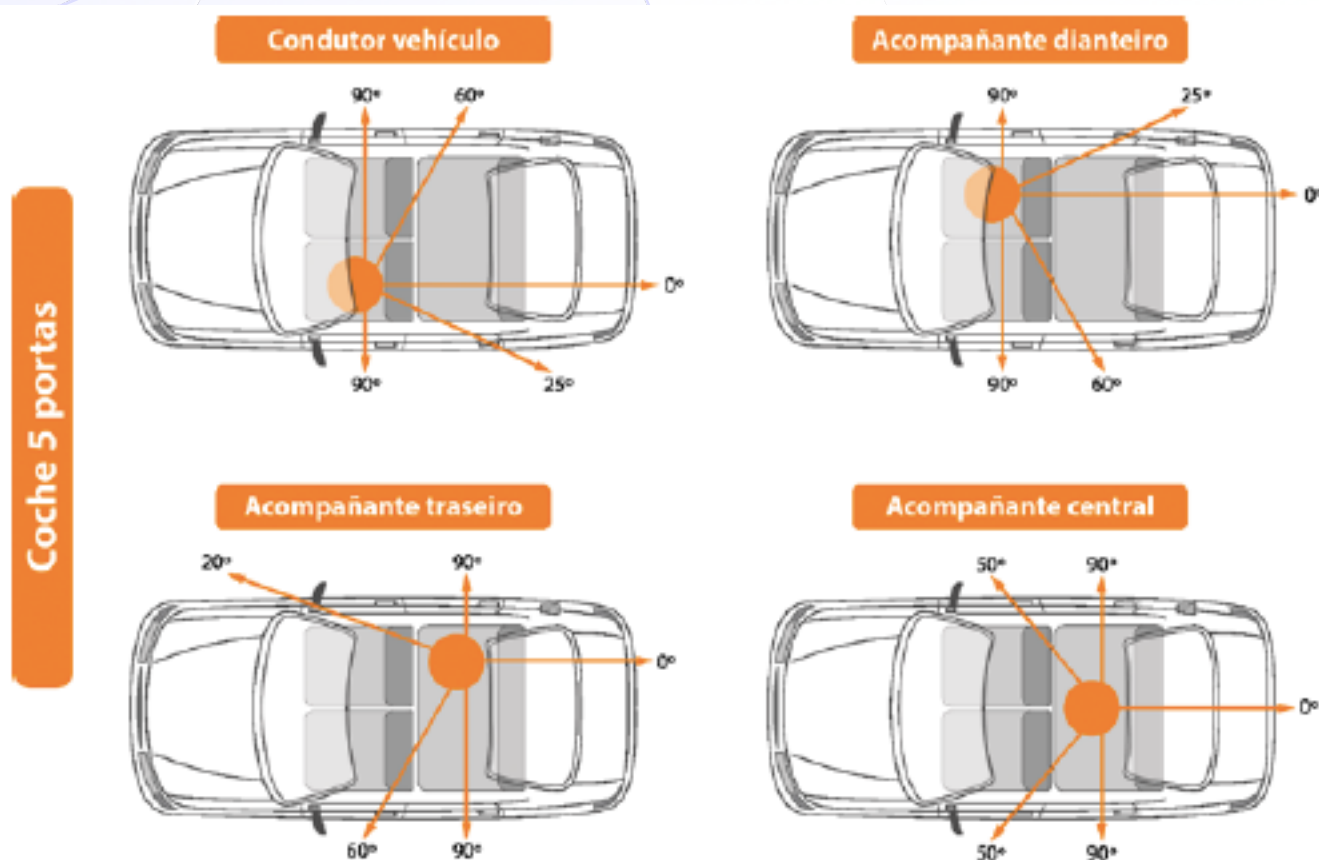
Movilización rápida de emergencia (maniobra de Rautek)



Rescate

- **Rescate:** la colaboración y coordinación entre el equipo de atención médica y los organismos involucrados en el incidente es de suma importancia:

-  Identificar la presencia de personas atrapadas.
-  Elegir el área de acceso para el paciente.
-  Detectar las lesiones graves que ponen en peligro la vida de la persona lesionada.
-  Llevar a cabo técnicas de reanimación y mantenimiento para funciones vitales.
-  Llevar a cabo la inmovilización y movilización de las víctimas asegurando la protección de los heridos durante la liberación.



NOTA: Na extracción do acompañante traseiro a 90º considérase máis vantaxosa a extracción pola porta máis afastada.

Retirada del casco

- Se realizará si impide el acceso a la vía aérea y/o interfiere con la ventilación.
- La técnica requiere dos personas.





Retirada
del
casco

Cuestiones a tener en cuenta en inmovilización

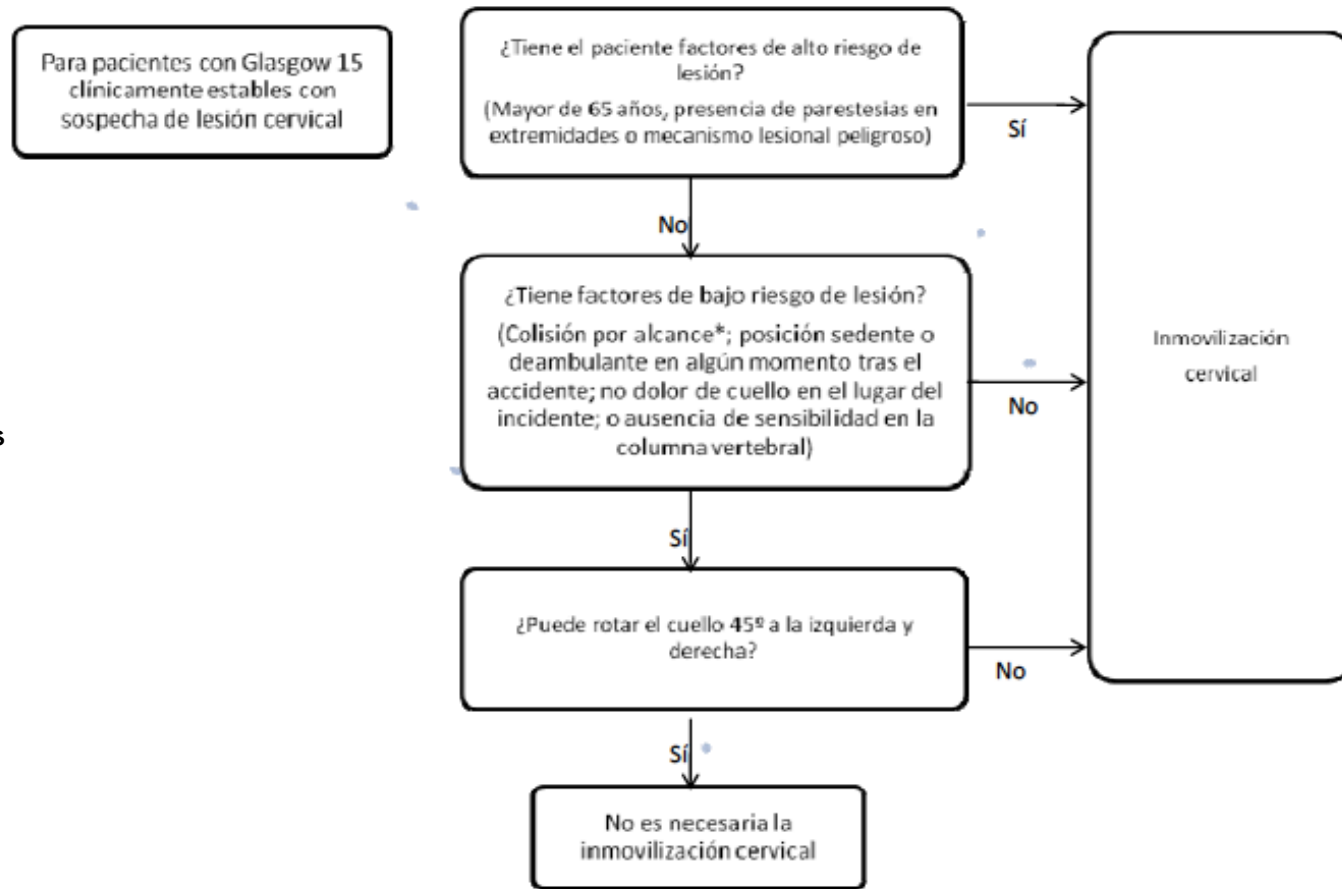
- Existe una gran controversia en el manejo de la inmovilización cervical del paciente adulto consciente politraumatizado.
- Existen numerosos algoritmos de decisión para ello, pero el más adecuado y extendido es el del estudio NEXUS; sin embargo hay estudios comparativos entre la regla canadiense y el estudio NEXUS, que apuestan por la primera.

Cuestiones a tener en cuenta en inmovilización

- Existen recomendaciones de nivel II, para realizar de forma SELECTIVA la inmovilización del paciente con una lesión medular potencial, frente a la inmovilización sistemática de los pacientes politraumatizados.
- NO se recomienda la inmovilización de pacientes con trauma conscientes, alerta, que no están intoxicados, no tienen dolor ni sensibilidad en el cuello, no presentan alteraciones neurológicas ni motoras ni sensitivas, y no tienen otras lesiones significativas asociadas que podrían alterar su evaluación.

Valoración según Escala Canadiense

- **Evaluar si la persona tiene un alto/bajo o ningún riesgo de lesión cervical** utilizando la **Regla Canadiense de valoración espinal** de la siguiente manera:
- **La persona tiene un alto riesgo** si tiene al menos uno de los siguientes factores:
 - Tiene 65 años o más
 - Mecanismo lesional peligroso (caída de más de un metro o 5 pasos, carga axial en la cabeza, colisión de vehículos a alta velocidad, vuelco, expulsión de un vehículo a motor, accidente con vehículos recreativos motorizados, colisión de bicicleta, accidentes de equitación).
 - Presenta parestesias en EESS o EEII.
- **La persona tiene un bajo riesgo** si presenta al menos uno de los siguientes factores:
 - Está involucrado en un accidente por alcance de menor importancia
 - Está cómodo en posición sentada
 - Ha deambulado en algún momento desde el accidente
 - No presenta dolor/ aumento de la sensibilidad en la línea media de la columna cervical
 - Retraso en la aparición de dolor en el cuello
- La persona se **mantiene en bajo riesgo** si:
 - No puede girar activamente su cuello 45° a la izquierda y la derecha (el rango de rotación del cuello sólo puede evaluarse con seguridad si la persona tiene un riesgo bajo y no existen factores de alto riesgo).
- **La persona no tiene ningún riesgo** si:
 - Presenta algún factor de bajo riesgo anteriormente citados
 - Es capaz de realizar una rotación activa de 45° de su cuello a derecha e izquierda.



SE INMOVILIZARA A LOS PACIENTES CON:

- CRITERIOS DE BAJO RIESGO Y NO PUEDEN MOVER EL CUELLO 45°
- ALGUN CRITERIO DE ALTO RIESGO

Necesidad de inmovilización

Características de la lesión

- • **Lesión penetrante en cabeza o cuello:**
 - • Presencia de síntomas neurológicos o adormecimiento, cosquilleo, pérdida de la función motora o sensitiva o pérdida de conciencia.
- • **Lesión contusa:**
 - • Glasgow < 15
 - • Presencia de cualquier factor que altere la percepción del dolor:
 - • TCE
 - • Alteración del estado mental (demencias, pacientes psiquiátricos o influencia de sustancias)
 - • Reacción aguda al estrés
- • **Dolor espontáneo o a palpación**
- • **Déficit o molestias neurológicas**
- • **Deformación anatómica de la columna.**

Características del accidente

- • Impacto violento sobre cabeza, cuello, tronco o pelvis
- • Accidentes con fuerzas de aceleración-desaceleración sobre cuello y tronco
- • Cualquier caída; proyección desde cualquier medio de transporte
- • Víctima de accidente en aguas superficiales
- • **ESCALA CANADIENSE:** Mecanismo lesional peligroso (caída de más de un metro o 5 pasos, carga axial en la cabeza, colisión de vehículos a alta velocidad, vuelco, expulsión de un vehículo a motor, accidente con vehículos recreativos motorizados, colisión de bicicleta, accidentes de equitación).

Características del paciente

- • **Edad >65 años (ESCALA CANADIENSE)**
- • **Fiabilidad:**
 - • Intoxicación (drogas, alcohol).
 - • Lesiones que originan distracción: lesiones dolorosas o intensamente hemorrágicas (quemaduras extensas, fracturas de fémur).
 - • Barreras de comunicación (problemas de idioma, sordera o niños muy pequeños).

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.

OBJETIVOS.

1. Anamnesis completa

2. Exploración sistemática del cuerpo.

- Se realiza una vez establecidas las medidas de resucitación inicial.
- Se completan los procedimientos de la atención inicial
- Se realizan nuevos procedimientos.
- Se solicitan pruebas específicas.

Reconocimiento secundario

1. Hª clínica:
 - Datos del paciente.
 - Datos del accidente.
2. Examen físico:
 - Cabeza y cuello:
 - Nivel de conciencia (evolución respecto reconocimiento primario)
 - Enfisema subcutáneo y explorar carótidas
 - Estabilidad de macizo facial
 - Cuello. Inmovilizado hasta pruebas Rx
 - Pupilas, órbitas, heridas y contusiones en cara y calota, presencia de otorragia.
 - Tórax:
 - Lesiones cutáneas, cubrir neumotórax abiertos
 - Dolor torácico espontáneo y asociado a mov resp
 - Tórax inestables. Mov paradójicos
 - Deformidades, enfisema subcutáneo
 - Auscultación y percusión
 - Heridas abiertas, fx costales y claviculares
 - Abdomen y pelvis:
 - Heridas penetrantes
 - Estabilidad pélvica
 - Tacto rectal (a día de hoy cuestionado)
 - Extremidades:
 - Fracturas. Pulsos periféricos
 - Espalda
 - Evaluación neurológica:
 - Escala Coma Glasgow
 - Valoración pupilar
 - Focalidad motora

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.

Derivación y Transporte

- Iniciar el transporte con el paciente estabilizado, si es posible.
- Medio de transporte más adecuado.
- Ruta más accesible, segura y confortable.
- Preferiblemente derivar al centro útil.
- Colocación sistemática sobre colchón de vacío.
- Adecuada ventilación y oxigenación
- Analgesia y sedación adecuada
- Reevaluación continua.



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.

Reevaluación y tratamiento definitivo

- Atender las lesiones que comprometen la supervivencia.
- Sospechar los procesos que tiene mayor incidencia y que son más graves.
- Tratar el dolor.
- Monitorizar los signos vitales.

Un politraumatizado debe ser evaluado de forma sistemática, continua y rotatoria hasta el tratamiento definitivo.

Derivación y Transporte



¡¡ No olvidar analgesia !!

**¡ MUCHAS GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN !**