

# Evaluación inicial del paciente.

# EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE. EL POLITRAUMATIZADO

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Conceptos básicos

Cuando se habla de asistencia sanitaria a un accidentado, cabe la posibilidad de confundir términos como urgencias o emergencias. Dependiendo de quién los utilice (el accidentado, la familia del accidentado, el sanitario, ...) puede tener distinto significado.

**URGENCIA:** Se trata de una situación de la que se requiere una atención inmediata, que no necesariamente tiene que ser grave.

**EMERGENCIA:** Se trata de una situación de aparición brusca en la que si existe un serio compromiso para la vida o riesgo de secuelas irreversibles, en caso de que no se pongan en marcha de inmediato procedimientos de soporte vital y estabilización. Es una situación de gravedad.

En cualquiera de estos dos tipos de actuaciones se precisa de una atención especializada, prehospitalaria, que debe estar integrada dentro de un sistema multidisciplinario y además con una gran coordinación

**POLITRAUMATIZADO:** El politraumatizado se define como la lesión simultánea de distintas regiones corporales, cuya gravedad es el resultado del efecto de sumación de lesiones orgánicas y funcionales, con un alto porcentaje de complicaciones.

Los accidentes representan en la actualidad la mayor causa de mortalidad y morbilidad en las personas menores de 45 años.

Esta mortalidad tiene una distribución trimodal en el tiempo:

1. El primer pico de mortalidad (50%) se produce en los primeros minutos tras el accidente, asociándose con lesiones graves del sistema nervioso, grandes vasos y parada cardiorrespiratoria.
2. El segundo pico de mortalidad (30%) se produce en las primeras horas y se asocia con traumatismos craneales, torácicos y abdominales con sangrado importante.
3. El tercer pico de mortalidad (20%) se debe a la disfunción multiorgánica que se produce tardíamente como consecuencia de la no actuación eficaz en los primeros minutos-horas.



Por lo que hay que darse cuenta de que la rapidez y la claridad de ideas en la actuación y asistencia en los primeros momentos a una persona accidentada, va a condicionar la supervivencia y pronóstico posterior.

Las 2 primeras horas post-accidente reciben el nombre de **horas doradas**, por la importancia que tienen los primeros auxilios en este período.

Hay que tener en cuenta que el 52% de la mortalidad infantil se debe a accidentes.

## 2. Objetivos y fases de la evaluación inicial de la víctima

**LLEGAR -----VER-----ACTUAR**

La evaluación inicial del accidentado tiene como objetivos:

- Identificar y tratar todas las lesiones que comprometan la vida.
- Buscar aquellas lesiones con alto riesgo de morbilidad prolongada e incapacidad permanente.

Ante la existencia de un accidentado, hay que hacerse dos preguntas clave:

- El tiempo que ha transcurrido desde que se ha producido el suceso hasta el momento en que se encuentra.
- Cómo ha ocurrido el accidente.

Ante situaciones críticas es preciso acceder a la víctima lo antes posible, siendo necesario:

- Reconocer la naturaleza y alcance del accidente o lesión.
- Asistir a la víctima:
  - Administrar cuidados básicos para mantener la vida.
  - Evitar lesiones sobreañadidas.
- Preparar al paciente para:
  - Movilizarlo.
  - Trasladarlo con seguridad y lo más rápidamente posible.

Los objetivos básicos a tener en cuenta en la atención de urgencia son:

- Conservar la vida.
- Evitar el deterioro y lesiones secundarias.

Para poder alcanzar estos objetivos, debemos englobar:

- Valoración inicial.
  - Asegurar el lugar del incidente para la atención inmediata.
  - Determinar el alcance de las lesiones.
  - Priorizar las actuaciones.
  - Establecer las condiciones necesarias para el traslado.
  - Recoger toda la información posible que pueda ser útil al personal sanitario que atenderá posteriormente.
- Valoración secundaria.
  - Reconocer las lesiones no críticas.

En la atención a la víctima, los pasos que se van a seguir van a ser **organizados**, siguiendo una sistemática y esto va a ser clave para su posterior evolución.

Hay que tener presente que se han de estar haciendo **valoraciones continuas** durante los primeros momentos, ya que las lesiones graves traumáticas son evolutivas, y pueden modificar en minutos la valoración inicial.

## 2.1. Valoración inicial

El objetivo de esta fase es diagnosticar y tratar cualquier condición que comprometa la vida.

La valoración se realiza de forma progresiva siguiendo una serie de pasos identificados con las letras del alfabeto:

- A. Nivel de conciencia.
- B. Vía aérea. Ventilación.
- C. Circulación.
- D. Valoración neurológica.

### A. Nivel de conciencia.

Estimulando al paciente verbalmente ó moviéndole con suavidad, vemos si está:

- Consciente: responde a estímulos.

Hay que fijarse en si la persona tiene abiertos los ojos, responde a las preguntas, se mueve con normalidad. En este caso estaría consciente y alerta.

Si no tiene abiertos los ojos y respira con normalidad, tóquela con firmeza y le preguntaremos, en voz alta, si le pasa algo. Esta persona podría estar, tan solo, profundamente dormida.

El manejo inicial a seguir es dejarles en decúbito supino y pedir ayuda, y volver a repetir una nueva valoración.



- Inconsciente: no responde a estímulos.

Si responde sin poder mantener el estado de alerta normal, nos encontraríamos ante una situación donde la consciencia estaría alterada.

Si ante estos intentos no obtenemos respuesta de la víctima, nos encontramos ante una persona inconsciente.

El plan de actuación consiste:

- Si mantiene la función cardiorrespiratoria, colocarles en posición lateral de seguridad para evitar la obstrucción de la vía aérea y posible broncoaspiración en caso de vómito. Se le deja en esta posición y se pide ayuda, luego se les valora de nuevo.

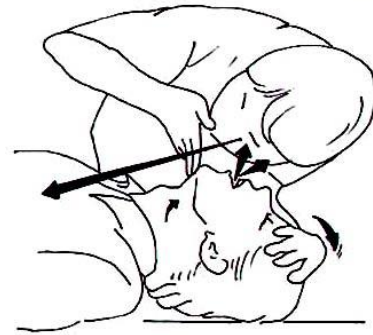
- En ausencia de pulso y respiración, proceder a realizarles la Reanimación Cardiopulmonar.

## B. Vía aérea. Ventilación.

Es la prioridad más importante en un accidentado. Es necesario mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Por lo tanto, se ha de determinar si la vía aérea está permeable o presenta obstrucción por un cuerpo extraño, la lengua u otras causas (edema de glotis).

El comprobar si un accidentado respira se basa en **ver**, **oír** y **sentir**. La técnica consiste en mirar el pecho de la víctima para ver cómo sube y baja, colocando el oído a la altura de la nariz para oír la salida de aire y su mejilla sobre la boca para sentir la respiración.



Si no respira, realizamos la maniobra de "apertura de las vías aéreas". Muchas veces con estos procedimientos se restaura la respiración espontáneamente.

Si no se consigue la movilización del tórax del paciente pese a comprobar una correcta posición de apertura de la vía aérea o si la víctima realiza movimientos toracoabdominales, pero no se detecta entrada o salida de aire, debe pensarse que la vía aérea está obstruida.

### a. Obstrucción de la vía aérea

#### - Obstrucción por cuerpo extraño

Los cuerpos extraños pueden causar obstrucción tanto leve como grave. Los signos y síntomas que permiten la diferenciación entre obstrucción de la vía aérea leve o grave están resumidas en la siguiente tabla.

Signo	Obstrucción leve	Obstrucción grave
Se está atragantando	Responde "sí"	No puede ni hablar, puede asentir
Otros signos	Puede hablar, toser, respirar	No puede respirar, intenta toser y no puede, se queda inconsciente
Signos generales: el ataque suele ocurrir durante la comida y la víctima se lleva la mano al cuello		

En un individuo despierto, la existencia de una obstrucción parcial va a provocar un estridor respiratorio característico, dificultad para la fonación y para la respiración. Si la obstrucción es completa, este estado dura escasos minutos y el accidentado pierde rápidamente la conciencia.

Si la obstrucción es parcial y el paciente está consciente, estimularle para que tosa (evitar el golpe en la espalda, pues va a provocar que el cuerpo extraño se desplace hacia abajo y obstruya aún más). Si persiste la obstrucción ó es completa, realizar la maniobra de **Heimlich**:

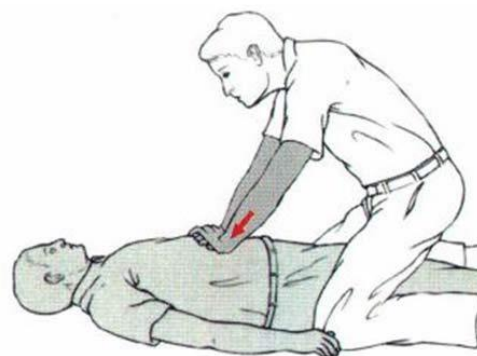
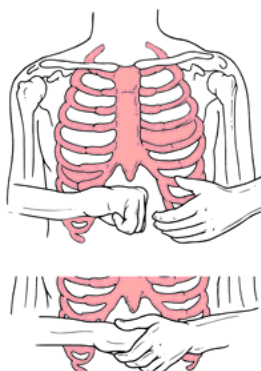
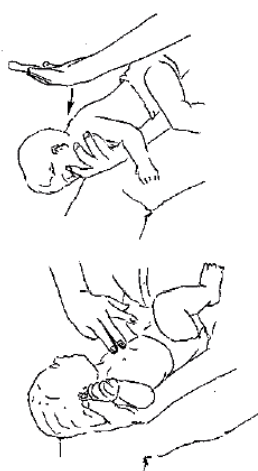


NIÑO INCONSCIENTE  
EXPULSION DE CUERPOS  
EXTRAÑOS



NIÑO CONSCIENTE

- Si la víctima está conciente, consiste en rodear a la víctima con los brazos y efectuar fuertes compresiones en la boca del estómago con uno de los puños cerrados. (1 compresión cada 2 a 3 segundos).
- Si el paciente está inconsciente, la maniobra de Heimlich se realizará con el accidentado en decúbito supino y con la cabeza rotada hacia un lado. El reanimador se situará a horcajadas sobre sus caderas y colocará el talón de una mano en el punto medio de la línea que une el ombligo con el apéndice xifoides; tras colocar la otra mano sobre el dorso de la primera, se administrarán 5 compresiones hacia dentro y arriba, repitiendo este protocolo hasta la expulsión del cuerpo extraño o el establecimiento de una vía aérea artificial.



- El *lactante* se colocará en decúbito prono sobre el antebrazo no dominante del reanimador, sujetando firmemente la mandíbula con los dedos índice y anular mientras que el tercer dedo mantiene la boca entreabierta y la cabeza ligeramente extendida, procurando que ésta se halle en posición más baja que el tronco. En esta posición, y con el talón de la otra mano, se administran 5 golpes en la zona interescapular con impulsos moderadamente fuertes. Si con ello no se consigue la expulsión del cuerpo extraño, debe voltearse al paciente, colocándolo en decúbito supino sobre el otro antebrazo y sujetándole la cabeza con la palma de la mano en posición más baja que el tronco. En esta posición se efectuarán 5 compresiones torácicas. Completado este ciclo, debe examinarse la boca, eliminando cualquier cuerpo extraño visible, abrir la vía aérea y comprobar si hay respiraciones espontáneas.



- Embarazadas y personas muy obesas, se harán en el esternón (punto cardíaco).

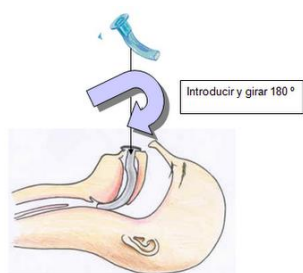
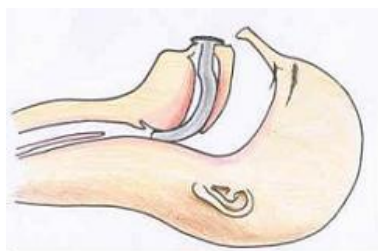
En una víctima inconsciente, la obstrucción se reconoce al intentar ventilar al mismo, por la dificultad que entraña. Si no se moviliza el tórax, hay que explorar rápidamente la cavidad oral y retirar la obstrucción si es posible. Si persiste, hay que intentar la ventilación artificial alternando con la maniobra de Heimlich.

Si todo es infructuoso, será necesario la apertura instrumentalizada de la vía aérea, requiriendo personal entrenado y material (traqueotomía, cricotireoidotomía,...).

### Prevención de atragantamientos en niños

- Supervisión de adulto mientras los niños comen.
- Cortar alimentos en pedazos pequeños: salchichas, carne...
- Enseñar a masticar lenta y cuidadosamente.
- Evitar que rían ó hablen mientras mastica ó traga.
- Evitar que corra, juegue, ande ó llore con objetos en su boca.
- Evitar frutos secos antes de los 3 años.
- Evitar uvas y verduras crudas en lactantes.
- Evitar globos y bolsas de basura.
- Juguetes homologados: recomendaciones fabricantes. Piezas pequeñas (ojos).
- Mantener fuera del alcance de los niños objetos como pilas, monedas, botones, chinchetas....

### - Obstrucción por la lengua



A veces es la propia lengua la que va a obstruir la vía aérea, sobre todo en individuos inconscientes. Si vemos que es la lengua la causa de la obstrucción, retirarla manualmente e introducir una cánula oro faríngea (cánula de Guedel ó Tubo de Mayo) para prevenir.

Para usar una cánula con el tamaño adecuado se utiliza la medida desde el lóbulo de la oreja hasta la comisura bucal.

Para su colocación, introducir ésta con la parte cóncava dirigida hacia el paladar, girándola progresivamente según se va introduciendo en la boca hasta dejarla en su posición definitiva, evitando en todo momento desplazar la lengua hacia atrás.

Para introducirla en los lactantes se deprime la lengua con un depresor y se introduce con la concavidad hacia abajo. Otra forma de medir la longitud de la cánula es la distancia entre los incisivos superiores y el ángulo mandibular.

### **b. Apertura de la vía aérea**

Para asegurar la permeabilidad de la vía aérea y ver la presencia de cuerpos extraños es necesario abrir la vía aérea. Los métodos de apertura pueden ser manuales e instrumentales.

#### **- Métodos manuales.**

- **Maniobra frente-mentón.**

Consiste en la hiperextensión del cuello y elevación de la mandíbula. Con una mano apoyada en la frente de la víctima se extiende el cuello, mientras con los dedos 2º y 3º de la otra mano se tracciona la mandíbula. Es la maniobra de elección, aunque no se debe utilizar en caso de sospecha de traumatismo de columna cervical.

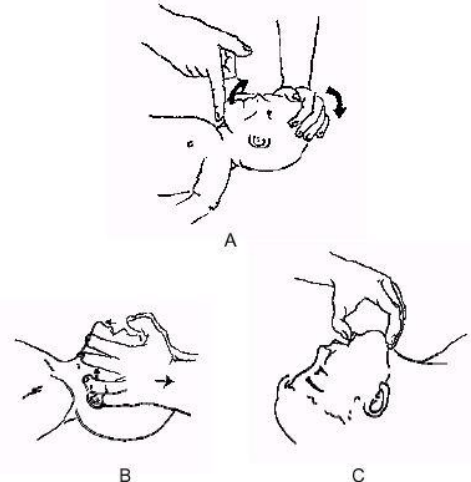
En los niños: no se debe traccionar excesivamente el cuello ni provocar una hiperextensión, dado que la posición anatómica de la tráquea es más anterior que en los adultos y la misma tracción puede originar una mayor obstrucción.



- **Triple maniobra.**

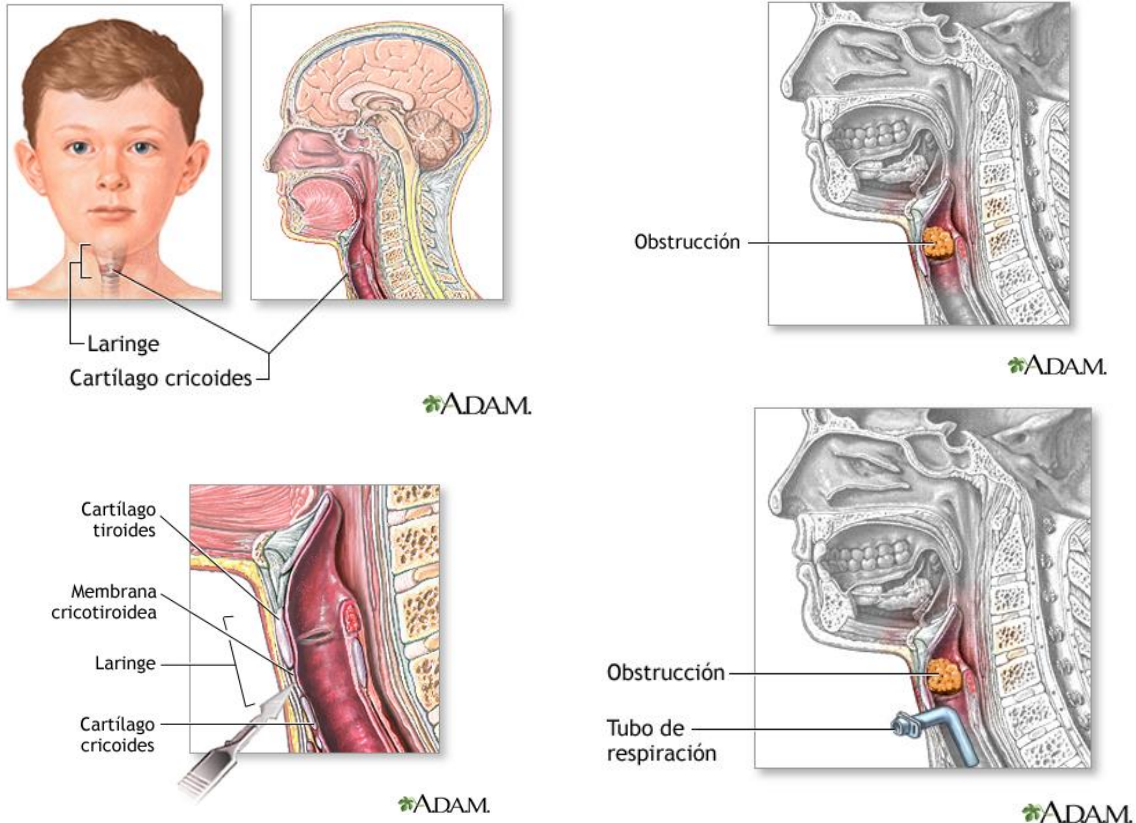
Consiste en llevar la cabeza hacia atrás, tirar de la mandíbula hacia arriba y se abre la boca. Aporta el beneficio en caso de sospecha de trauma cervical. El 4% de los traumatismos pediátricos tiene lesión cervical.

El mayor inconveniente de la triple maniobra es que incapacita al reanimador para realizar cualquier otra medida de RCP, por lo que si no existe un número suficiente de reanimadores, puede ser sustituida por la tracción mandibular.



- Métodos instrumentales.

Se necesita personal cualificado y material especial.



En caso que el paciente no respire o su respiración sea ineficaz (escaso movimiento torácico), debemos iniciar maniobras de Reanimación cardiopulmonar.

### C. Circulación. Control de la hemorragia aguda.

La exanguinación es la tercera causa de muerte en los pacientes traumatizados por lo que la actuación debe ser inmediata.

Como en el adulto, el pulso en el niño debe palparse sobre la arteria carótida. Con la mano izquierda sobre la frente, los dedos índice y medio se colocan sobre la laringe, efectuando un barrido desde la línea media hasta la carótida.

La palpación del pulso carotídeo en el lactante es difícil. Por ello se recomienda la palpación del pulso braquial, que puede ser detectado sobre el lado interno del brazo, a medio camino entre el codo y hombro. La palpación se realiza poniendo dos dedos en forma de gancho sobre esta zona.



- Si no hay pulso: iniciar las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.
- Si hay pulso: buscar signos y síntomas de hemorragia aguda.

La hemorragia puede ser **externa** ó **interna**.

La externa es fácil verla, dados los signos claros. La estrategia inmediata a seguir será la comprensión directa sobre la herida y elevación del miembro.

En cambio, en la hemorragia interna hay que recurrir a los síntomas:

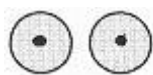
- Pulso débil y rápido (taquicardia).
- Aumento de la frecuencia respiratoria (taquipnea).
- Extremidades frías y pálidas.
- Piel fría y húmeda.
- Deterioro del estado mental.

La estrategia a seguir será colocarlo en posición antishock y trasladarlo urgentemente a un centro sanitario.

## D. Valoración neurológica.

Sólo cuando se haya realizado el ABC procederemos a realizar la exploración neurológica.

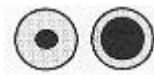
- Comprobaremos de nuevo el nivel de conciencia.
- Observaremos las pupilas, su tamaño (midriasis ó más grandes de lo normal, miosis ó más pequeñas de lo normal), reactividad y simetría (anisocoria ó diferente tamaño, isocoria ó igual tamaño).



MIOSIS



MIDRIASIS



ANISOCORIA

- Valoración motora y sensitiva. En todas las víctimas hay que presuponer que tiene una lesión vertebral hasta que se demuestre lo contrario. Por lo que, habrá que manejar al paciente en bloque para evitar lesiones medulares, con especial atención a la columna cervical.



Como dentro de las lesiones de la columna, la más grave es la cervical se inmovilizará el cuello con un collarín o en su defecto con una toalla enrollada en el cuello, que no le comprima, una prenda, un cartón, sacos de arena,...



## 2.2. Valoración secundaria

Una vez que el paciente tiene los signos vitales estabilizados, se hará un examen físico detallado por sectores.

El observar al enfermo nos permitirá el reconocimiento secundario de la cabeza a los pies con el objetivo de identificar lesiones que potencialmente comprometan la vida.

Intentar que refiera su síntoma principal. Preguntar a la víctima qué siente: dolor (físico o interno, como dolor en el pecho o en la espalda, o dolor localizado por un golpe o una lesión), falta de aire, debilidad, falta de fuerza, pérdida de sensibilidad.

Desde cuándo (si es de reciente aparición o si las lesiones ya las presentaba con anterioridad).

Indagar acerca de antecedentes personales médicos: si tiene alguna enfermedad, si le ha pasado alguna otra vez esta misma situación.

Pregunte acerca del suceso, para valorar su orientación temporal, espacial y personal (dónde está, que día es y cómo se llama).

Busque signos relativos al síntoma referido:

### - Cabeza.

- Lesiones externas: heridas, lesiones penetrantes no detectadas, contusiones, quemaduras, etc.
- Signos de lesiones internas: otorragias, hematoma suborbitario, etc.

### - Cuello.

Buscar puntos dolorosos a la palpación cervical, investigar una posible lesión cervical, etc.

### - Tórax.

- Lesiones externas: heridas penetrantes no aparentes inicialmente.
- Lesiones internas: puntos dolorosos por fracturas costales, de clavícula, esternón, dolor generalizado (valorar la calidad del dolor)

### - Abdomen.

- Lesiones externas: objetos penetrantes (nunca extraer), heridas, contusiones,...
- Lesiones internas: hay que tener un alto grado de sospecha de traumatismo abdominal, ya que es una patología frecuente. En la exploración abdominal hay pocos datos que nos ayuden en la detección de trauma abdominal cerrado. El dato más importante es la distensión abdominal progresiva, junto con dolor abdominal.

- **Extremidades.**
  - Lesiones externas: heridas, contusiones,...
  - Hay que buscar deformidades (signos de fracturas), puntos dolorosos,...

Es importante el valorar la presencia de los pulsos periféricos para excluir la existencia de trauma vascular.

### **2.3. Reevaluación**

En un paciente politraumatizado, a diferencia de otros tipos de patología, puede requerir tratamiento creciente durante la evolución.

Es importante que periódicamente se revalúe a la víctima comenzando por el ABC y continuando con el reconocimiento secundario.

## **3. PUNTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN EL TRATAMIENTO DEL POLITRAUMATIZADO DESPUÉS DE LA VALORACIÓN INICIAL**

- Posición óptima.
- Evitar que pierda calor. Abrigarlo.
- Evitar traslados poco cuidadosos.
- Dieta absoluta. No darle nada de comer ni de beber.
- Ante la sospecha de lesión medular, inmovilizarle el cuello inmediatamente. Se pueden causar lesiones irreversibles e incluso la muerte.
- Ante un paciente inconsciente se considerará que existe lesión de la columna vertebral hasta que se demuestre lo contrario, para cualquier movimiento que sea preciso realizar.
- Datos importantes sobre la víctima:
  - Tratamiento actual.
  - Enfermedades.
  - Alergias.
  - Última comida.
  - Prótesis.

- Establecer una relación de confianza y seguridad y llamar a la víctima por su nombre. Acompañar en todo momento a la víctima.

## 4. POSICIONES DE ESPERA Y TRASLADO MÁS IMPORTANTES

Estas posturas se adoptarán, siempre y cuando no se sospeche una lesión en la columna vertebral. Las más habituales son:

### 4.1. Posición lateral de seguridad

Es la postura más adecuada para los accidentados inconscientes sin más complicación, tumbado sobre un costado con la cabeza apoyada en un brazo, y la pierna libre flexionada. Evita que, en caso de producirse vómitos, éstos sean aspirados a vías respiratorias, y que la lengua obstruya las mismas.

La posición de decúbito prono se aplica con los bebés, se tumban boca abajo, con la cabeza un poco ladeada para que pueda respirar más libremente y en caso de vómito, éste puede salir por la boca y se reduce el riesgo de asfixia.



Para colocar a un accidentado en la posición lateral de seguridad hay que seguir los siguientes pasos:

1. Colocamos a la persona tumbada boca arriba



2. Flexione el brazo del lado interno para formar un ángulo recto con su cuerpo



3. Con la pierna del lado interno recta, flexionamos la pierna del lado externo, hasta formar un ángulo con el cuerpo.



4. Giramos el cuerpo hasta que quede de lado.



5. Coloque el dorso de la mano del lado externo, bajo la mejilla



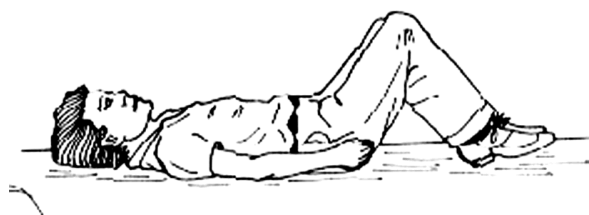
#### **4.2. Posición trendelenburg ó antishock**

Es la posición estándar en pacientes shockados ó con una gran pérdida de sangre. Consiste en colocarlos de tal modo que la cabeza quede más baja que las extremidades. Esta postura asegura el riego de las partes vitales del organismo, en detrimento de las extremidades.



#### **4.3. Posición de abdomen agudo**

Esta posición se utiliza para el traslado de pacientes con lesiones abdominales. Consiste en colocar a la víctima tumbada de espaldas y con las piernas flexionadas. Esta postura disminuye la presión abdominal.



#### 4.4. Posición semifowler ó de insuficiencia respiratoria:

Es la posición ideal para trasladar a pacientes con dificultad respiratoria de cualquier causa. Se les coloca semisentados, ya que de esta forma se mejora la capacidad respiratoria.

En el caso de pacientes con heridas penetrantes en tórax, y que consiste en colocarlos semi-incorporados, pero apoyados en el lado lesionado. Se trata de facilitar la función respiratoria del pulmón sano.



### 5. MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE LA VÍCTIMA

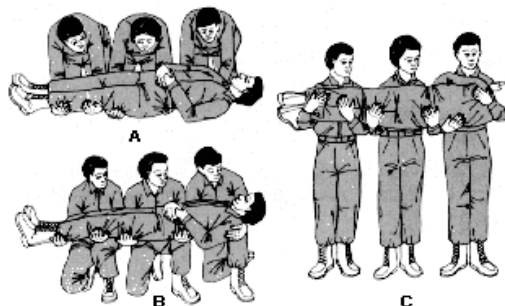
#### 5.1. Movilización.

La manipulación de la víctima se hará en bloque, manteniendo la espalda recta.

Métodos de recogida:

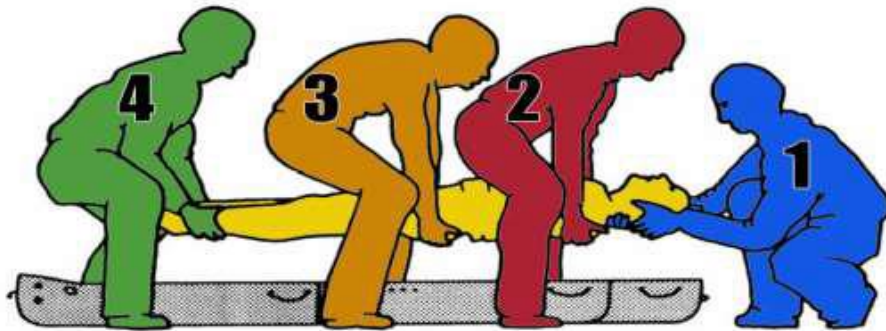
*Técnica de la "cuchara":*

- Es útil cuando sólo hay acceso a la víctima por un lado.
- Se colocarán los brazos del paciente sobre su pecho.
- Los socorristas se arrodillan a un lado de la víctima, e introducen sus manos por debajo de la misma
- Un socorrista sujeta la cabeza y parte alta de la espalda.
- El segundo socorrista sujeta la parte baja de la espalda y muslos.
- El tercer socorrista sujeta las piernas por debajo de las rodillas.
- El socorrista a la cabeza de la víctima, da la orden de levantar a ésta y la colocan sobre sus rodillas, todos al mismo tiempo.
- Una cuarta persona coloca una camilla debajo de la víctima.
- Los socorristas, cuando lo ordena el socorrista a la cabeza de la víctima, depositan a ésta sobre la camilla, todos al unísono.



### Técnica del "puente":

- Cuando hay acceso a la víctima por los dos costados.
- Los socorristas se colocan agachados con las piernas abiertas, sobre la víctima:
- Un socorrista sujeta la cabeza y la parte alta de la espalda.
- El segundo socorrista sujeta a la víctima por las caderas.
- El tercer socorrista sujeta las piernas por debajo de las rodillas.
- El socorrista a la cabeza de la víctima, da la orden de levantar a ésta.
- Una cuarta persona coloca la camilla debajo de la víctima.
- Los socorristas depositan al unísono a la víctima en la camilla.



### 5.2. Traslado.

Si existe una ambulancia cercana se esperará a ella, si no, se trasladará en cualquier vehículo en el que pueda ir en decúbito supino, sobre un plano duro y recto por completo.

El traslado se hará al hospital más cercano, y si hay varias víctimas en el accidente, se dará prioridad a los lesionados más graves, siempre que tengan posibilidades de sobrevivir.

