



Nombre del alumno: Merari Alejandra García Ruiz

Nombre del profesor: MARCOS JHODANY ARGUELLO GALVEZ

Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico sobre paciente emergente y urgente

Materia: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

Grado: 7° cuatrimestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a septiembre de 2020

Valoración del paciente emergente y urgente



B. BREATHING.
Control respiración:

- Exponer el tórax
- Cortar ropas de tórax
- Comprobar movimientos y simetría.

Observar ventilación

Si es inadecuada aplicar mascarilla con aporte de oxígeno en alto flujo (Fi O2 50%, 8-10 litros por minuto) o intubación endotraqueal conectado a respirador volumétrico

-Descartar las lesiones potencialmente vitales (neumotórax a tensión, neumotórax abierto, y tórax inestable con contusión pulmonar y hemotórax masivo)

Se aplicara drenaje con tubo torácico como tratamiento. Se realiza en línea axilar media, en el 4º-5º espacio intercostal.

C. CIRCULATION.
Circulación:

C.1 gasto cardiaco:

Pulso: nos mide la frecuencia, amplitud y regularidad del latido cardiaco. Su presencia en relación a la localización nos orienta la tensión arterial

-Color de piel: nos orienta de la oxigenación de tejidos.
-Relleno capilar: nos orienta de la perfusión tisular. Normal es 2 segundos. Si alargado o ausente indica hipoxia tisular. Se mide en lecho ungueal de 1º dedo de mano o pie.

-No tomar Tensión Arterial en esta fase

C.2 sangrado:

-Control de hemorragia masiva. La hemorragia externa se trata con presión en la zona, champando, y nunca con torniquetes.

D. DISABILITY.
Valoración

D.1 Nivel de conciencia. Test AVDN:

Mide el nivel de conciencia en el test de Glasgow

- Alerta.
- Responde a estímulos verbales
- Responde a estímulos dolorosos
- No responde a ningún estímulo

D.2 estado de pupilas:
Se valora tamaño, simetría y reactividad a la luz

E. EXPOSURE.
Desnudar el paciente

2. TRATAMIENTO INICIAL O FASE DE RESUCITACIÓN

Consiste en el tratamiento del shock.

Siempre que se comience la resucitación del shock hay que tener en mente las causas potenciales de éste en el paciente traumático:

- Hemorragia, neumotórax a tensión.
- Taponamiento cardiaco, shock neurogénico por lesión medular aguda.
- Traumatismo craneoencefálico grave por lesión troncoencefalo, Contusión cardiaca severa.
- Quemaduras graves, rotura traumática de aorta

1. Aporte de oxigeno siempre:

- Con mascarilla si hay respiración espontánea mantenida

-Con intubación orotraqueal o nasotraqueal en paciente consciente, con respiración límite o ventilación insuficiente

Si el paciente esta inconsciente (Glasgow <8), apnea o inestabilidad respiratoria se procederá a intubación endotraqueal y ventilación mecánica

2. Colocar dos vías venosas periféricas de grueso calibre (14G) siempre inicialmente.

Si hay hipotensión o signos de hipoperfusión tisular infundir 1000-3000 ml de suero salino al 0,9% en 10-15 minutos

sacar además muestra de sangre para estudio analítico:

- Hemograma.
- Bioquímica.
- Pruebas de coagulación
- Gasometría arterial

si el shock es por hemorragia se debe poner sanare cruzada.

Existe enorme controversia sobre la elección de cristaloides o coloides en la reposición inicial del shock

-Cristaloides: permanecen muy poco tiempo en espacio intravascular
Solo un 20-25% a los 20-30 minutos de la infusión

Los principales son:

El suero fisiológico al 0,9 ligeramente hipertónico, es más adecuado en los TCE, cuando se administra en grandes cantidades, empeora la acidosis metabólica por su exceso de cloro

El ringer- lactato es ligeramente hipotónico, por lo que es adecuado en los TCE, aporta potasio, por lo que no está indicado en acidosis. Nunca infundir sueros glucosados en TCE.

-Coloides

Producen gran aumento del espacio intravascular y más sostenido. Pero afectan a la función renal, coagulación y tienen riesgo anafiláctico.

3. Parámetros de seguimiento:

- Frecuencia cardiaca: la disminución de la taquicardia orienta a la mejoría.
- Frecuencia respiratoria: estable entre 14-24 respiraciones por minuto.
- Tensión arterial. Mantener parámetros normales, con paciente ligeramente hipotenso.

- Presión del pulso: el pulso lleno orienta a la mejoría
- Gases arteriales: conseguir su normalización.
- Diuresis: conseguir unas diuresis de 50 ml/h en adultos y de 2 ml/Kg. /h en niños

4. Monitorización electrocardiográfica:

Para sumar protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada y soporte vital avanzado en caso de haber una alteración

5. Pulsioximetria:

6. Colocar catéteres:

-Catéter vesical, si no existe riesgo de rotura uretra

Estará contraindicado en los casos de sangre en uretra o recto, sangre en escroto y si la próstata no se palpa o esta desplazada

-Sonda nasogástrica: si existen fracturas faciales importante recoloca la sonda por la boca

El médico de urgencias procederá a una evaluación sistemática de cabeza a pies, buscando lesiones asociadas al trauma

Se denomina fase de valoración secundaria

Siempre va asociada a tratamiento definitivo de las lesiones descubiertas.

en ella se descubrirán lesiones no vitales y además otras lesiones de carácter vital no descubiertas en valoración inicial; por ejemplo neumotórax evolutivos, roturas esplénicas etc.

La metodología a seguir será la clásica en exploración de: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Se encuentre alguna circunstancia patológica, se optara por realizar una interconsulta o por solicitar pruebas complementarias.

Siempre priorizando la asistencia para salvaguardar la estabilidad del paciente