



**Nombre de alumno: Vázquez López  
Marli Paola**

**Nombre del profesor; jhodany  
arguello**

**Nombre del trabajo: ensayo**

**Materia: enfermería en urgencias y  
desastres**

**Grado: 7**

**Grupo: C**

## Evaluación inicial/ principios del paciente extra hospitalario

En este tema se hablara sobre la evaluación de dicho paciente así como también debemos tomar en cuenta ciertos objetivos los cuales pueden ser; 1. Explicar la importancia de la atención pre hospitalaria y hospitalaria preparación para facilitar la rápida reanimación de pacientes con traumatismos. 2. Identificar la secuencia correcta de las prioridades para la evaluación de los pacientes lesionados. 3. Explicar los principios de la valoración primaria, ya que se aplican a la evaluación de un paciente lesionado. 4. Explicar cómo el historial médico de un paciente y el mecanismo de la lesión contribuyen a la identificación de lesiones. 5. Explicar la necesidad de reanimación inmediata durante la valoración primaria 6. Describir la evaluación inicial de un paciente se multiplican lesionado, usando la secuencia correcta de prioridades. 7. Identificar los peligros asociados con la evaluación inicial y la gestión de los pacientes lesionados y describir formas de evitarlos entre otras más. Evaluar rápidamente las lesiones e instituto de vida conservando la terapia. Debido a que el tiempo es crucial, un enfoque sistemático que se puede aplicar con rapidez y precisión es esencial. Este enfoque, denominado la "evaluación inicial", incluye los siguientes elementos: • Preparación • triage • Valoración primaria (ABCDE) con la reanimación inmediata de los pacientes con lesiones que amenazan la vida • Adjuntos a la valoración primaria y resucitación • El examen de la necesidad de traslado de pacientes • encuesta Secundaria (cabeza a los pies de evaluación y la historia del paciente) • Adjuntos a la evaluación secundaria • monitoreo posterior a la reanimación continuada y reevaluación • tratamiento definitivo. Preparación para los pacientes de trauma se produce en dos situaciones clínicas diferentes: en el campo y en el hospital. En primer lugar, durante la fase prehospitalaria, eventos están coordinados con los médicos del hospital de recepción. En segundo lugar, durante la fase de hospital, las preparaciones se hacen para facilitar la rápida trauma reanimación del paciente. En la fase prehospitalaria El sistema prehospitalario idealmente está configurado para notificar al hospital receptor antes que el personal transportar al paciente de la escena. Esto permite la movilización de los miembros del equipo de trauma del hospital de manera que todo el personal y los recursos necesarios están presentes en el departamento de emergencias (DE) en el momento de la llegada del paciente. Durante la fase prehospitalaria, los proveedores hacen hincapié en el mantenimiento de las vías respiratorias, el control de la hemorragia externa y el shock, la inmovilización del paciente, y el transporte inmediato al centro apropiado más cercano, preferiblemente un centro de trauma verificado. Proveedores de asistencia debe hacer todos los esfuerzos para minimizar el tiempo de escena. tambien en ella se encuentra el Triage consiste en la clasificación de los pacientes en función de los recursos necesarios para el tratamiento y los recursos que están realmente disponibles. El orden de tratamiento se basa en las prioridades ABC (vía aérea con la protección de la columna cervical, la respiración y la circulación con control de la hemorragia). Otros factores que pueden afectar triage y la prioridad de tratamiento incluyen la gravedad de la lesión, la capacidad para sobrevivir, y los recursos disponibles. Triage también incluye la clasificación de los pacientes en el campo para ayudar a determinar la instalación médica que recibe apropiado.

la activación de equipo de trauma puede ser considerada para pacientes con lesiones graves. personal prehospitalario y sus directores médicos son responsables de asegurar que los pacientes apropiados lleguen a los hospitales adecuados. Las bajas múltiples incidentes con víctimas múltiples son aquellas en las que el número de pacientes y la gravedad de sus lesiones no haga exceda la capacidad de la instalación para rendir el cuidado. En tales casos, los pacientes con problemas que amenazan la vida y aquellos que sostienen lesiones de múltiples sistemas se tratan primero. En la valoración primaria con la reanimación simultánea; Los pacientes son evaluados, y se establecen sus prioridades de tratamiento, en base a sus lesiones, signos vitales, y los mecanismos de lesión. prioridades de tratamiento lógico y secuencial se establecen sobre la base de la evaluación global del paciente. funciones vitales del paciente se deben evaluar de forma rápida y eficiente. El tratamiento consiste en una evaluación primaria rápida con la reanimación simultánea de las funciones vitales, una encuesta más detallada secundaria, y el inicio del tratamiento definitivo, La respiración y ventilación permeabilidad de las vías no asegura una ventilación adecuada. se requiere un intercambio gaseoso adecuado para maximizar la eliminación de dióxido de oxígeno y de carbono. Ventilación requiere la función adecuada de los pulmones, la pared torácica y el diafragma; Por lo tanto, los médicos deben examinar rápidamente y evaluar cada componente. Para evaluar adecuadamente distensión venosa yugular, la posición de la tráquea, y excursión de la pared torácica, exponer el cuello y el pecho del paciente. Realizar la auscultación para asegurar el flujo de gas en los pulmones. La inspección visual y palpación pueden detectar lesiones en la pared torácica que puede estar comprometiendo la ventilación. La percusión del tórax también puede identificar anomalías, pero durante una reanimación ruidosa esta evaluación puede ser inexacta. El volumen de sangre y el gasto cardíaco La hemorragia es la causa predominante de muerte prevenible después de la lesión. Identificar, controlar la hemorragia rápidamente, y el inicio de la reanimación, por lo tanto, son pasos cruciales en la evaluación y gestión de este tipo de pacientes. Una vez neumotórax a tensión ha sido excluido como causa del choque, considere que la hipotensión después de la lesión se debe a la pérdida de sangre hasta que se demuestre lo contrario. evaluación rápida y precisa de un estado hemodinámico del paciente lesionado es esencial. Los elementos de la observación clínica de que proporcionan información importante dentro de segundos son nivel de conciencia, la perfusión de la piel, y el pulso. • Nivel de conciencia -Cuando se reduce volumen de sangre circulante, la perfusión cerebral puede verse afectada críticamente, lo que resulta en un nivel alterado de conciencia. • La perfusión de la piel -Este signo puede ser útil en la evaluación de pacientes con hipovolemia lesionados. Un paciente con una piel de color rosa, sobre todo en la cara y extremidades, rara vez tiene hipovolemia crítico después de la lesión. Por el contrario, un paciente con hipovolemia puede tener ceniciento, la piel facial gris y extremidades pálido. • Legumbres -A rápida, pulso filiforme es típicamente una señal de hipovolemia. Evaluar un pulso central (o de la arteria carótida por ejemplo, femoral) bilateral para la calidad, la velocidad y la regularidad. En ausencia de pulsos centrales que no pueden atribuirse a factores locales significan la necesidad de adoptar medidas de reanimación inmediata.

control de sangrado definitivo es esencial, junto con el reemplazo adecuado de volumen intravascular. El acceso vascular debe ser establecido; típicamente dos catéteres venosos periféricos de gran calibre se colocan para administrar fluido, sangre y plasma. Se obtienen muestras de sangre para estudios hematológicos de línea de base, incluyendo una prueba de embarazo para todas las mujeres en edad de procrear y tipo de sangre y pruebas cruzadas. Para evaluar la presencia y el grado de choque, los gases en sangre y / o nivel de lactato se obtienen. Cuando no se puede acceder a los sitios periféricos, infusión intraósea, el acceso venoso central, o venodisección se pueden utilizar dependiendo de las lesiones del paciente y el nivel de habilidad del médico. la reposición de volumen agresivo y continuado no es un sustituto para el control definitivo de la hemorragia. Shock asociado con la lesión es más a menudo hipovolémico de origen. En tales casos, iniciar la terapia de fluidos IV con cristaloides. Todas las soluciones IV deben calentarse ya sea por el almacenamiento en un ambiente cálido (es decir, 37 ° C a 40 ° C, o 98,6 ° F a 104 ° F) o se administran a través de dispositivos de calentamiento llenos de líquido. Un bolo de 1 L de una solución isotónica puede ser necesaria para lograr una respuesta adecuada en un paciente adulto. Si un paciente no responde al tratamiento inicial con cristaloides, él o ella debe recibir una transfusión de sangre. Los líquidos se administran con prudencia, como la reanimación agresiva antes del control de la hemorragia se ha demostrado para aumentar la mortalidad y la morbilidad. La GCS es un método rápido, simple, y el objetivo de determinar el nivel de la conciencia. La puntuación motora de la GCS correlaciona con el resultado. Una disminución en el nivel de conciencia de un paciente puede indicar disminución de la oxigenación y / o la perfusión cerebral, o puede ser causado por una lesión cerebral directa. Una alteración del nivel de conciencia indica la necesidad de reevaluar inmediatamente oxigenación, ventilación y estado de la perfusión del paciente. La hipoglucemia, alcohol, narcóticos, y otros medicamentos también pueden alterar el nivel de conciencia de un paciente. Hasta que se demuestre lo contrario, siempre suponer que los cambios en el nivel de conciencia son el resultado de una lesión del sistema nervioso central. Recuerde que las drogas o intoxicación por alcohol pueden acompañar a la lesión cerebral traumática. La lesión cerebral primario desde el efecto estructural de la lesión en el cerebro. Prevención de la lesión cerebral secundaria al mantener la oxigenación y perfusión adecuada son los principales objetivos tienen una gestión inicial. Debido a la evidencia de lesión cerebral puede estar ausente o mínima en el momento de la evaluación inicial, es crucial que repetir el examen. Los pacientes con evidencia de lesión cerebral deben ser tratados en una instalación que cuenta con el personal y los recursos necesarios para anticipar y gestionar las necesidades de estos pacientes. Cuando los recursos para el cuidado de estos pacientes no son arreglos disponibles para la transferencia debe comenzar tan pronto como se reconoce esta condición. La exposición y control ambiental Durante la valoración primaria, quite toda la ropa del paciente, por lo general, cortando sus prendas para facilitar un examen completo y evaluación. Después de completar la evaluación, el paciente con mantas calientes o un dispositivo de calentamiento externo para evitar que él o ella se desarrollen hipotermia en el área de trauma recibir. fluidos intravenosos caliente antes de la infusión de ellos,

y mantener un ambiente cálido. La hipotermia puede estar presente cuando el paciente llega, o puede desarrollarse rápidamente en el ED si el paciente está al descubierto y se somete a la administración rápida de los fluidos de temperatura ambiente o de la sangre refrigerada. Debido a que la hipotermia es una complicación potencialmente letal en pacientes lesionados, tomar medidas agresivas para prevenir la pérdida de calor del cuerpo y restaurar la temperatura corporal Finalmente llegue a una conclusión donde es muy importante este tema asi como también debemos tomar en cuenta La oximetría de pulso es un valioso complemento para el monitoreo de la oxigenación en pacientes lesionados. Un pequeño sensor se coloca en el dedo, dedo del pie, lóbulo de la oreja, o en otro lugar conveniente. La mayoría de los dispositivos muestran la frecuencia del pulso y la saturación de oxígeno de forma continua. La absorción relativa de la luz por la oxihemoglobina (HbO) y desoxihemoglobina se evalúa midiendo la cantidad de luz roja e infrarroja que emerge de los tejidos atravesados por los rayos de luz y procesados por el dispositivo, la producción de un nivel de saturación de oxígeno. La oximetría de pulso no mide la presión parcial de oxígeno o dióxido de carbono. La medición cuantitativa de estos parámetros se produce tan pronto como sea práctico y se repite periódicamente para establecer tendencias Además, la saturación de hemoglobina desde el oxímetro de pulso debe ser comparado con el valor obtenido a partir del análisis ABG. Inconsistencia indica que una de las dos determinaciones es un error.

ATLS Apoyo Vital Avanzado en Trauma