



- Materia: enfermería en urgencias y desastres.
- Carrera: Lic. Enfermería
- Semestre/ cuatrimestre: 7 "c"
- Maestro/a: Arguello Gálvez marcos jhodany.
- Alumno: Sánchez espinosa Iván Julián.



“EVALUACIÓN INICIAL/ PRINCIPIOS DEL PACIENTE”

Repetir la valoración primaria con frecuencia para identificar cualquier deterioro en el estado del paciente que indica la necesidad de una intervención adicional. Evaluar rápidamente las lesiones e instituir 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 monitoreo posterior a la reanimación continuada y reevaluación, tratamiento definitivo. Los estudios primarios y secundarios se repiten con frecuencia para identificar cualquier cambio en el estado del paciente. La secuencia de evaluación presentada en este capítulo refleja un lineal o longitudinal, la progresión de los acontecimientos. sin embargo, muchas de estas actividades se producen simultáneamente. La progresión longitudinal del proceso de evaluación permite a los médicos la oportunidad de revisar mentalmente el progreso de la reanimación real. 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. La coordinación con las agencias y el personal prehospitalario puede acelerar en gran medida el tratamiento en el campo el uso de protocolos de atención prehospitalaria y la posibilidad de acceder a la dirección médica en línea (es decir, el control médico directo) puede facilitar y mejorar la atención iniciado en el campo. La planificación anticipada para la llegada de los pacientes de trauma es esencial, el traspaso entre los proveedores de atención prehospitalaria y los que están en el hospital de recepción debe ser un proceso suave, dirigida por el líder del equipo de trauma, asegurando que toda la información importante está disponible para todo el equipo, Aspectos críticos de la preparación del hospital incluyen los siguientes:

- Un área de reanimación está disponible para los pacientes de trauma.
- Que funcione correctamente el equipo de las vías respiratorias (por ejemplo, laringoscopios y tubos endotraqueales) está organizado, probado y estratégicamente colocado para ser fácilmente accesible.
- soluciones cristaloides intravenosos calentados están inmediatamente disponibles para la infusión.
- Un protocolo para pedir ayuda médica adicional está en su lugar.

Debido a las preocupaciones acerca de las enfermedades transmisibles, particularmente hepatitis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y otras agencias de salud recomienda encarecidamente el uso de las precauciones estándar (por ejemplo, la máscara de cara, protección ocular, impermeables al agua vestido, y guantes) cuando entran en contacto con los fluidos corporales,.

Triaje 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). Valoración primaria con la reanimación simultánea acá 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. La evaluación primaria abarca el ABCDE de la atención del trauma e identifica las condiciones que amenazan la vida mediante la adhesión a esta secuencia:

- UN mantenimiento irway con la restricción de movimiento de la columna cervical.
- segundo reathing y ventilación

- do irculation con control de la hemorragia.
- re isability (evaluación del estado neurológico).
- mi Xposure / Control ambiental

Los médicos pueden evaluar rápidamente A, B, C y D en un paciente traumatizado (evaluación de 10 segundos) mediante la identificación de sí mismos, pidiendo al paciente por su nombre, y preguntando qué sucedió. Tras la evaluación inicial de un paciente trauma, evaluar primero la vía respiratoria para determinar la permeabilidad. Esta rápida evaluación de signos de obstrucción de la vía aérea incluye la inspección de los cuerpos extraños; la identificación de la cara, la mandíbula, y / o traqueal / fracturas y otras lesiones laríngeas que pueden resultar en obstrucción de las vías; y la aspiración para limpiar la sangre o secreciones acumuladas que pueden dar lugar o ser la causa de la obstrucción de las vías respiratorias. permeabilidad de las vías no asegura una ventilación adecuada. se requiere un intercambio gaseoso adecuado para maximizar la eliminación de dióxido de oxigenación 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.

La colocación de catéteres urinarios y gástricas se produce durante o después de la evaluación primaria, 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. Utilice examen de rayos X con criterio, y que no se demore la reanimación del paciente o la transferencia a la atención definitiva en pacientes que requieren un mayor nivel de atención. Anteroposterior (AP) pecho y la pelvis AP películas a menudo proporcionan información para guiar los esfuerzos de reanimación de pacientes con traumatismo cerrado,.

La evaluación secundaria no comienza hasta que se haya completado la evaluación primaria (ABCDE), los esfuerzos de resucitación están en marcha, y la mejora de las funciones vitales del paciente ha sido demostrada. Cada evaluación médica completa incluye una historia del mecanismo de la lesión. A menudo, una historia no puede ser obtenida de un paciente que ha sufrido un traumatismo; Por lo tanto, personal prehospitalario y la familia deben proporcionar esta información. Durante la evaluación secundaria, el examen físico sigue la secuencia de la cabeza, las estructuras maxilofaciales, columna cervical y el cuello, el pecho, el abdomen y la pelvis, perineo / recto / vagina, el sistema músculo-esquelético y el sistema neurológico. Durante la evaluación secundaria, de generación de imágenes de la columna cervical y dorsolumbar se puede obtener si el cuidado del paciente no se vea comprometida y el mecanismo de la lesión sugiere la posibilidad de lesión de la médula. Muchos centros de trauma renunciar a las radiografías simples y utilizan CT lugar para detectar lesiones en la columna. Siempre que las necesidades de tratamiento del paciente exceden la capacidad de la institución receptora, la transferencia es considerada. Esta decisión requiere una evaluación detallada de las lesiones del paciente y el conocimiento de las capacidades de la institución, incluyendo equipos, recursos y personal.

Gracias a la secuencia correcta para la evaluación de un paciente lesionado es la preparación, triaje, evaluación primaria con la reanimación, adjuntos a la valoración primaria y resucitación; considere necesario para el traslado del paciente, evaluación secundaria, adjuntos a la evaluación secundaria, reevaluación, y el tratamiento definitivo de nuevo teniendo en cuenta la necesidad de transferencia.

Durante este proceso todos los otros miembros del equipo deben prestar atención y seguir las instrucciones del jefe de equipo, se debe tener en cuenta la historia médica del paciente y el mecanismo de la lesión son críticos para la identificación de lesiones. Para llevar a cabo con eficacia, cada equipo de trauma debe tener un miembro que actúa como el líder del equipo.

Bibliografía

- Asai T, Shingu K. El tubo laríngeo. Br J Anaesth 2005; 95 (6): 729-736.
- Bathory I, Frascarolo P, Kern C, et al. Evaluación de la GlideScope para la intubación traqueal en pacientes con inmovilización de la columna cervical por un collar semirrígido. Anestesia 2009; 64 (12): 1337-1341.
- Gataure PS, Vaughan RS, Latto IP. Simulado intubación difícil: comparación de la vela el elástico de goma y el estilete. Anestesia

