



Nombre de la alumna:

Eligia Mabel Maldonado Domínguez

Nombre del profesor:

Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Materia:

Enfermería en urgencias

Nombre del trabajo:

Sistema integral de urgencias

Grado y Grupo:

7mo cuatrimestre "C"

Evaluación inicial y gestión

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, triaje, 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 pre hospitalaria, 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 Durante la fase pre hospitalaria, 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, un concepto que se apoya en el esquema de decisión Campo Triage

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. 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 la prioridad 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 triaje 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.

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 definitiv. Durante la valoración primaria, se identifican las condiciones que amenazan la vida y tratados en una secuencia de prioridades basado en los efectos de las lesiones en la fisiología del paciente, ya que en un principio puede que no sea posible identificar lesiones anatómicas específicas. Por ejemplo, el compromiso de la vía aérea puede ser secundaria a un traumatismo craneal, lesiones que causan shock, o trauma físico directo a la vía respiratoria. Independientemente de la lesión que causa el compromiso de la vía aérea, la primera prioridad es la gestión de las vías respiratorias: la limpieza de la vía aérea, la aspiración, la administración de oxígeno, y la apertura y asegurar la vía aérea. Debido a que la secuencia de prioridad se basa en el grado de la vida.

Los adjuntos utilizados durante la valoración primaria incluyen electrocardiografía continua, oximetría de pulso, dióxido de carbono (CO₂) el seguimiento y la evaluación de la frecuencia ventilatoria, y la medición de gases en sangre arterial (ABG). Además, los catéteres urinarios se pueden colocar para supervisar la producción de orina y evaluar para hematuria. catéteres gástricos descomprimen distensión y evaluar para pruebas de sangre. Otras pruebas útiles son lactato en sangre, exámenes de rayos X (por ejemplo, el pecho y pelvis), FAST, extendida evaluación centrado con sonografía para trauma (EFAST), y DPL. Electrocardiográfica (ECG) el seguimiento de todos los pacientes de trauma es importante. Las arritmias, incluyendo taquicardia inexplicable, fibrilación auricular, contracciones ventriculares prematuras, y ST segmento cambia-can. 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. frecuencia ventilatoria, capnografía, y las mediciones de ABG se utilizan para controlar la suficiencia de las respiraciones del paciente. La ventilación se puede monitorizarse usando los niveles de dióxido de carbono de marea finales. Final de la espiración CO₂ puede ser detectado mediante colorimetría, capnometría, o capnografía-a técnica de monitorización no invasivo que proporciona la penetración en del paciente ventilación, la circulación y el metabolismo. Debido a que los tubos endotraqueales pueden desprenderse cuando un paciente se mueve, la capnografía se puede utilizar para confirmar la intubación de la vía aérea.

Durante la valoración primaria con la reanimación, el médico evaluar con frecuencia obtiene información suficiente para determinar la necesidad de trasladar al paciente a otro centro de atención definitiva. Este proceso de transferencia puede iniciarse de inmediato por el personal administrativo en la dirección del líder del equipo de trauma, mientras se realizan las medidas de evaluación y de resucitación adicionales. Es importante no retardo de transferencia para llevar a cabo una profundidad evaluación diagnóstica in-. Sólo realizar pruebas de que mejora la capacidad de resucitar, estabilizar y asegurar la transferencia segura del paciente. Una vez que se ha tomado la decisión de transferir un paciente, la comunicación entre los médicos de referencia y que reciben es esencial.

Los pacientes pediátricos tienen la fisiología única y Tomy ana-. Las cantidades de sangre, fluidos y medicamentos varían con el tamaño del niño. Además, los patrones de lesión y el grado y rapidez de pérdida de calor difieren. Los niños suelen tener abundante reserva fisiológica y con frecuencia tienen pocos signos de hipovolemia, incluso después de la depleción de volumen severa. Cuando el deterioro se produce, es precipitada y catastrófico.

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. Cuando el personal

adicionales están disponibles, parte de la evaluación secundaria puede llevarse a cabo mientras que los otros miembros del personal asisten a la valoración primaria. Este método debe de ninguna manera interferir con el rendimiento de la valoración primaria, que es la más alta prioridad. La evaluación secundaria es una evaluación de la cabeza a los pies del trauma del paciente, es decir, una historia completa y un examen físico, incluyendo la reevaluación de todos los signos vitales. Cada región del cuerpo está completamente examinado.