



ASINGATURA:
ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

CARRERA:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

GRADO Y GRUPO:
7° "A"

MODALIDAD:
SEMIESCOLARIZADO (SÁBADO)

CATEDRÁTICO: PASIÓN POR EDUCAR
ARGUELLO GALVEZ MARCOS JHODANY

ALUMNA:
LÓPEZ TRUJILLO GUADALUPE MONTZERRATH

NÚMERO DE MATRÍCULA:
409418071

Evaluación inicial (principios del paciente extra hospitalario)

Hasta el año 1980 la atención inicial a los pacientes poli traumatizados no se hacía de un modo sistematizado, En ATLS el concepto es más simple, se trata primero la lesión que pone en peligro la vida del paciente, El trauma soporte vital avanzado (ATLS) le proporciona al personal de un método seguro y fiable para el tratamiento inmediato de los pacientes lesionados en el caso de traumas de forma masiva como accidentes de autos en donde incluye a un número indeterminado de pacientes así como traumas de diverso tipo, y le proporciona al personal de atención los conocimientos básicos necesarios para evaluar la condición de un paciente con rapidez y precisión, reanimar y estabilizar a los pacientes según su prioridad, determinar si las necesidades de un paciente exceden los recursos de una instalación, organizar adecuadamente para la transferencia de interhospitalaria o intrahospitalaria de un paciente, asegurar la realización de una atención óptima y que el nivel de atención no se deteriora en cualquier punto.

Con el propósito de explicar la importancia de la atención pre hospitalaria y hospitalaria preparación para facilitar la rápida reanimación de pacientes con traumatismos e Identificar la secuencia correcta de las prioridades para la evaluación de los pacientes lesionados así como explicar los principios de la valoración primaria, ya que se aplican a la evaluación de un paciente lesionado se ha desarrollado este ensayo para poder dejar en claro y sin la más mínima duda la importancia que el personal de salud tenga un amplio y basto conocimiento en este tipo de atención de forma extra hospitalaria

El manejo de las emergencias de este tipo deben de tener una secuencia de pasos que deben seguirse al pie de la letra para poder lograr los objetivos uno de estos es el salvar al mayor número de personas con los recursos con los que se cuentan, estos pasos son primero y antes que nada que el personal de apoyo debe estar preparado y tener una aproximación de los que por así decirlo se van a topar, imaginar el tipo de heridas y el terreno en el cual van a trabajar, así como el establecimiento de un área lo suficientemente alejada del trauma para poder atender a los pacientes de forma un poco más controlada y facilitar su traslado, también deben estar listos con material y suministros necesarios, posterior a esto deben de llegar al lugar de trauma y hacer la clasificación del triage de urgencias pero ¿Qué es el triage? Triage

consiste en la clasificación de los pacientes en función de los recursos necesarios y según la valoración inicial que incluye el

A: (Airway) Vía aérea con control de la columna cervical.

B: (Breathing and Ventilation) Ventilación y respiración, a través de movimientos respiratorios y saturación de O₂

C: (Circulation) Circulación con control de hemorragia

D: (Disability) Daño neurológico.

E: (Exposure and Environment) Exposición del paciente con prevención de la hipotermia

Esto es para que para el tratamiento y los recursos que están realmente disponibles sean empleados de forma correcta, el triage consiste en clasificar a las víctimas según el nivel de gravedad y emergencia de atención, traslado y tratamiento, algunos de los datos que debemos valorar como importantes en la etiqueta son : Filiación, Número, Sexo, Lesiones anatómicas que padece, Medicación administrada, Horarios, Grado de urgencia, Si es portador de torniquete: hora de aplicación, es importante saber que la etiqueta debe ser colocada en la muñeca o tobillo de nuestro paciente para que esta no se desprenda con facilidad y no se pierda, esta clasificación es por etiquetas de colores y en muchas ocasiones de ella depende de si los pacientes son trasladados a un centro de traumas o no, así también en las instituciones deben estar preparados para brindarles atención inmediata a los pacientes que están por recibir, para valorar y clasificar a los pacientes debemos tomar en cuenta el estado de conciencia del paciente así como la existencia de signos vitales es decir si respira, tiene pulso y si tiene la capacidad de seguir ordenes se establecen sus prioridades de tratamiento, en base a sus lesiones, signos vitales, y los mecanismos de lesión. Las funciones vitales deben ser evaluadas de forma rápida y eficiente aun con toda la tensión que exista alrededor

La evaluación primaria abarca el ABCDE de la atención del trauma e identifica las condiciones que amenazan la vida de las múltiples víctimas La valoración A, B, C y D en un paciente lesionado puede ser de forma rápida aproximadamente 10 segundos esto se realiza pidiendo al paciente por su nombre, y preguntando qué sucedió, si el paciente reacciona y responde de forma adecuada quiere decir que no hay compromiso importante de las vías respiratorias y tiene capacidad para generar movimiento de aire para permitir el habla y el nivel de conciencia no se redujo Si por el contrario el paciente no responde las preguntas

esto quiere decir que hay anormalidades en A, B, C, o D y que estas que requieren evaluación y gestión urgente, ahora mencionaremos los colores de las etiquetas y lo que representa cada una: etiqueta roja, como una prioridad es decir su tratamiento y traslado debe ser de extrema urgencia son los primeros en recibir atención, incluye a los pacientes con paro cardiorrespiratorio o pérdida masiva de sangre, hemorragias internas, quemaduras del más de 20% del cuerpo, asfixia o envenenamiento, otro color de etiqueta es el amarillo se maneja como el segundo más urgente son los pacientes fracturados con heridas expuestas pero más estables que hayan necesitado torniquete, con TCE o dificultad respiratoria pero controlada así como cuerpos con quemaduras del 20 % de su cuerpo, La siguiente etiqueta es la verde esta indica a los pacientes no urgentes o en su caso menos graves, aquellos que tienen un alto grado de conciencia y en ocasiones pueden trasladarse por su propio pie lesiones menores contusiones leves o fracturas menos graves son los terceros en ser atendidos, debido a la poca urgencia de sus lesiones por ultimo encontramos la etiqueta negra, esta se considera la situación omega e incluye a los pacientes que ya no presentan signos de vida es decir que ya fallecieron por lo cual son los últimos en ser trasladados ya que ya no requieren de ninguna intervención, esto es un poco difícil de clasificar ya que al encontrar al paciente sin signos vitales no sabemos cuánto tiempo lleva así, por lo que aunque solo tenga un instante automáticamente se considera etiqueta negra, es importante mencionar que durante el traslado si es necesario realizar la RCP debe ser de forma inmediata en estos casos la RCP básica.

Los pasos ABC de la RCP A: de vías aéreas abrir la vía aérea y evaluar la permeabilidad limpiar o desobstruir si es necesario, como puede ser retiro de piezas dentales, aspiración de secreciones incluida la sangre, B: respiración o ventilación evaluar la respiración y brindar dos respiraciones de rescate para comprobar permeabilidad y oxigenar C: circulación, evaluar la circulación e iniciar las compresiones cardíacas si no hay pulso al ritmo y frecuencia según la edad. La cadena de supervivencia son unos pasos considerados como imprescindibles para una correcta recuperación ante un paro cardiorrespiratorio todos están relacionados al factor tiempo ya que sólo se dispone de 3 a 5 minutos para iniciar RCP, posterior a ello puede ocurrir lesiones irreversibles del tejido cerebral.

Para la valorar la eficacia de las maniobras, se debe de observar que el tórax se eleve con la insuflación, que no haya escape de aire, que no haya dilatación gástrica y cada compresión es seguida de una pulsación arterial palpable en el cuello, se recupera la dilatación de las

pupilas, se mejora la coloración, el inicio de los movimientos respiratorios, se recupera el pulso espontáneo o se recupera la conciencia, las compresiones son consideradas de calidad si se tiene en consideración los siguientes puntos

- Frecuencia y ritmo adecuado de las compresiones
- Profundidad de las compresiones de 5-6 cm
- Evitar permanecer apoyado sobre el tórax, permitiendo la descompresión completa tras cada compresión.
- Minimizar las pausas entre compresiones
- Evitar la ventilación excesiva
- Cambiar al compresor cada 2 minutos o antes si está cansado
- Relación de compresión-ventilación correcta en niños 15:2, en adultos 30:2

Solamente debemos de suspender la RCP básica hasta que llegue la ayuda profesional para brindar RCP avanzada, o la víctima recupere la respiración. Quedando a consideración que si no contamos con la ayuda de otra persona que tenga los conocimientos y pueda apoyarnos a realizar la RCP básica la suspenderemos hasta que nuestro organismo se encuentre totalmente exhausto, teniendo en cuenta que como profesionales de la salud debemos de estar conscientes de nuestros propios alcances y límites, así como la necesidad de nuestra ayuda hacia otros pacientes, es por ello que quien brindara un soporte vital avanzado esté preparado para remplazarnos y seguir con nuestra labor.

Ahora bien es necesario que para el traslado del paciente considerar la necesidad de implementar técnicas de arrastre, levantamiento y fijación a la tabla de traslado, todo esto debe ser de forma rápida y eficiente, no podemos titubear en cada acción ya que eso pone más en riesgo la integridad de nuestro paciente así como el cuidado de las cervicales y que nuestro paciente siempre este en una posición segura.

Es importante que todo el personal esté preparado para brindar sus servicios en este tipo de situaciones ya que nosotros como personal de salud brindamos nuestros servicios para preservar la vida y precisamente nuestras acciones son las que permiten que el paciente no cruce la delgada línea entre la vida y la muerte.

Bibliografía

Evaluación y Tratamiento inicial. (2018). En *APOYO VITAL AVANZADO EN TRAUMA* (págs. 4-20). ESTADOS UNIDOS DE AMERICA . Recuperado el 09 de 2020

Jover, J. M. (DICIEMBRE de 2006). ATLS: 25 años de experiencia. *CIRUGIA ESPAÑOLA* , 80(6), 347-348. Recuperado el 09 de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-atls-25-anos-experiencia-13095419>

Martínez, V. G. (s.f.). Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. 356-357. Recuperado el 09 de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-recomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193>