



**Nombre del alumno: Rosmery  
Magdalena Chic Capriel.**

**Nombre del profesor: Marcos  
Jhodany Arguello Galvez**

**Materia: enfermería en urgencias y  
desastres**

**Grado: 7mo cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

**Súper nota: ensayo** tema  
Evaluación inicial/ principios del  
paciente extra hospitalario,rcpb

## **Valoración inicial del paciente politraumatizado**

Son las Acciones o cuidados suministrados al paciente en el lugar del accidente, en el área pre-hospitalaria, así como la Atención requerida para los cambios fisiológicos consecutivos a las lesiones que implican riesgo para la vida y la función y Reanimación, estabilización de lesiones que ponen en riesgo la vida, reevaluación, traslado a centros de traumatismos más cercano.

**PREPARACIÓN** El área de urgencias debe disponer de un sitio especial para la atención de pacientes traumatizados, en el cual se disponga de inmediato de los elementos y el personal necesarios para su atención. Estos elementos son realmente cosas sencillas y se encuentran disponibles en cualquier hospital: Elementos necesarios en un servicio de urgencias para la atención inicial del trauma: Oxígeno (máscaras, nebulizadores) Collar cervical semirrígido Succionador (cánulas rígidas) Cánulas orofaríngea y nasofaríngea Tubos endotraqueales (de varios números) Laringoscopio (con hojas curvas y rectas) Bolsa reservorio de oxígeno Catéteres plásticos No. 14 o 16 Fr Jeringas Tubos de tórax y trampas de agua Lactato de Ringer o Solución Salina Normal Apósitos y compresas estériles Inmovilizadores para fracturas Tablas espinales largas Equipo de pequeña cirugía.

**EVALUACIÓN INICIAL** Para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones que amenazan la vida del paciente cuando ingresa al servicio de urgencias, el tiempo es esencial. Es necesario seguir un esquema ordenado, rápido, sencillo, fácil de recordar y de aplicar, Revisión Primaria II. Resucitación III. Revisión Secundaria

La Revisión Primaria y Secundaria deben repetirse con frecuencia durante el proceso de atención, con el fin de detectar cualquier condición de deterioro del paciente y establecer su

tratamiento inmediato. REVISIÓN PRIMARIA Y RESUCITACIÓN Su objetivo es evaluar de una forma rápida y precisa las funciones vitales y de inmediato proceder al tratamiento de cualquier lesión que amenace la vida. Utiliza la nemotecnia A, B, C, D, E y comprende: A. Vía Aérea con control de la columna cervical. B. Respiración y Ventilación. C. Circulación con control de la hemorragia. D. Daño neurológico. E. Exposición del paciente con prevención de la hipotermia. La secuencia A, B, C, D, E debe seguirse estrictamente; sólo cuando se ha evaluado y tratado completamente A, se procede a evaluar y tratar la respiración o punto B, y así sucesivamente. Si durante esta secuencia ocurre un deterioro en uno de los pasos anteriores, el proceso deberá comenzar de nuevo

Esquema de decisiones del Triage: Fase hospitalaria: La planificación anticipada de la llegada del paciente con trauma es esencial, Sala de Shock /Trauma preparada con todo el equipo necesario: Vía aérea, Cristaloides templados, Monitores, Comunicación con médicos adicionales, Rx y Lab, Todo el personal debe llevar métodos de barrera para fluidos corporales

TRIAGE: Consiste en la clasificación de los pacientes en base a su necesidad para el tratamiento y los recursos disponibles para establecerlo. Clasificación de los pacientes en el campo y la decisión con respecto a la cual centro médico deben ser transportados, No es apropiado trasladar a un paciente con heridas graves a un centro que no está certificado en trauma, Por lo general existen 2 tipos de situaciones de triage: Múltiples lesionados: No sobrepasa la capacidad del hospital 1ro pacientes con problemas que ponen en peligro inmediato la vida y los que tienen lesiones múltiples. Accidentes masivos o desastres: Si sobrepasa la capacidad del hospital, 1ro pacientes con mayor posibilidad de sobrevivir, con menor consumo de tiempo equipo material y personal.

REVISIÓN PRIMARIA E: Exposición y Control Ambiental: Prevenir hipotermia – EXPOSITION D: Valorar el estado neurológico – DEFICIT NEUROLOGIC- El ABCDE en la evaluación del paciente poli traumatizado: C: Mantener circulación y control hemorragias – CIRCULATION- A: Vía Aérea con Control de la Columna Cervical – AIRWAY- B: Conservar la respiración y ventilación – BREATHING-

Evaluar v.a. superior para ver si es permeable, Inspección en busca de cuerpos extraños o fracturas faciales, mandibulares, de la tráquea y/o laringe, Realizar maniobras para establecer una V.A. permeable, Elevando el mentón y levantando la mandíbula protegiendo la columna cervical, Proteger la columna cervical. Un paciente que habla claramente puede decirse que no tiene la v.a. comprometida y que el cerebro funciona razonablemente, Agitación, Alteración del estado de conciencia. Signos de Retracciones intercostales y uso obstrucción de músculos de la v.a.: respiratorios accesorios, Respiración ruidosa: estridor y ronquidos.

Si el paciente tiene la v.a. comprometida: La intubación endotraqueal, ya sea por vía nasal u oral es la forma de controlarla, En caso que no pueda realizarse la vía endotraqueal debe realizarse la vía quirúrgica. Todo paciente politraumatizado debe recibir oxígeno suplementario. Técnicas no quirúrgicas: - Técnica de intubación orotraqueal - Técnica de intubación nasotraqueal Técnicas quirúrgicas: - Cricotiroidotomía – Traqueotomía. Manejo de la vía aérea Administración inmediata de oxígeno, 12/15 L/min Mascaras con reservorio, mascaras Venturi, etc. Remoción de detritus, vomito, piezas dentales, sangre secreciones, etc. Cavidad oral explorarla con los dedos y un aspirador rígido se limpia. Si no respira se hacen dos ventilaciones a presión positiva (bolsa mascarita, boca mascarita) Se toma pulso central si esta ausente se hace RCP reglada, si esta presente se hace sistémica. SI sigue sin respirar y

no hay nada en boca se realizan 2 compresiones en epigastrio. Si no se logra se debe pensar en Cricotiroidotomía por punción.

### **Reanimación cardiopulmonar básico.**

Reanimación cardiopulmocerebral (RCPC): Son todas las maniobras realizadas para restaurar una oxigenación y circulación eficientes en un individuo en PCR con el objetivo de lograr una adecuada recuperación de la función nerviosa superior, este es su objetivo final. Se aplica ante un paro cardíaco, independientemente de su causa. La RCPC incluye una serie de pasos (ABC del apoyo vital) en cascada que agilizan el rápido reconocimiento de los principales signos vitales. Esta secuencia, si bien se diseña para la RCPC, también es aplicable para cualquier tipo de evento médico o traumático al cual haya que reconocer de forma inmediata antes de brindar apoyo vital básico o avanzado. La RCPC al igual que el apoyo vital, puede ser básico o avanzado en dependencia de los recursos y el entrenamiento del personal.

Indicaciones de la RCPC de urgencia Por concepto, para nuestro sistema de salud todo paciente en PCR debe ser reanimado, no obstante, pueden considerarse 3 condiciones en las cuales no existe una justificación desde el punto de vista científico, las cuales son: • El PCR representa el estadio terminal de una enfermedad crónica incurable. • Imposibilidad de restablecer funciones nerviosas superiores, como en el caso de destrucción traumática del cerebro, rigor mortis, livideces en áreas declives y signos de descomposición. • En la atención a accidentes masivos, la reanimación a pacientes con parada cardiorrespiratoria no constituye

la primera prioridad si existen otras víctimas que atender y se dispone de pocos recursos humanos.

- **RÁPIDO ACCESO** al Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM). La Emergencia Médica Móvil tiene el número telefónico 104, incluye el período de tiempo desde el reconocimiento del colapso hasta la llamada para recibir ayuda profesional.
- **RÁPIDA RESUCITACIÓN** (apoyo vital básico), es más efectiva cuando se inicia rápidamente. Los socorristas rara vez producen daños mayores aún cuando la reanimación se haya iniciado inapropiadamente. Esta intervención, realizada inmediatamente, duplica o triplica la supervivencia.
- **RÁPIDA DESFIBRILACIÓN**, es el eslabón independiente más asociado a sobrevida, pero para ello es necesario disponer de un desfibrilador automático externo (DEA) o la llegada del sistema de emergencia. La RCPC más desfibrilación en los primeros tres minutos incrementa la tasa de supervivencia entre un 49 a un 75 %. Cada minuto de demora en desfibrilar, reduce la sobrevida en un 10-15 %.
- **RÁPIDO APOYO VITAL AVANZADO**, permite un mejor soporte ventilatorio, asistencia circulatoria, el uso de medicamentos y de un equipamiento avanzado; como esto está solo disponible en ambulancias avanzadas o unidades de terapia, es decisivo la activación inmediata del sistema de emergencia.

Actuación de un socorrista ante un PCR.

- La decisión de iniciar la RCP se toma si la víctima no responde y no respira normalmente.
- Conservar la serenidad y rapidez, no demostrar ansiedad.
- No mirar solo el enfermo, observar todo el entorno.
- No arriesgar su vida, no se convierta en otra víctima.
- Tratar en lo posible de determinar qué y cómo pasó.
- No olvidar activar el sistema de emergencia.
- Mirar la hora para poder determinar el tiempo.

Eficacia de las maniobras:

- El tórax se eleva con la insuflación.
- No hay escape de aire en la insuflación.
- No hay dilatación gástrica.
- Cada compresión es seguida de una pulsación

arterial palpable en el cuello. Eficacia de la RCPC. • Se recupera la dilatación de las pupilas (midriasis). • Mejora la coloración violácea (cianosis). • Inicio de movimientos respiratorios. • Se recupera el pulso espontáneo. • Recuperación de la conciencia.

Estos temas son muy importantes de conocer como personal de la salud ya que nos capacita, de como tenemos que manejar cada evento que suceda y poder brindar el apoyo que se requiere para salvar vidas.

# Bibliografía

Antología proporcionada por el profesor que  
imparte la materia