

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

---

José Ever López Santiz

- Materia: Enfermería en urgencias y desastres.
- Carrera: enfermería
- 7° cuatrimestre

## **ATLS Apoyo Vital Avanzado**

En este trabajo se analizó el contenido del libro ATLS Apoyo Vital Avanzado en Trauma booksmedicos.org\_compressed del capítulo 1 se tratara de la evaluación inicial y gestión juntamente con la antología de la unidad de Enfermería en urgencias y desastres. En la cual es muy importante conocer sobre este tema así como también obtener más conocimiento.

Para empezar es muy importante conocer el concepto de urgencia y emergencia. Una urgencia se puede definir como la necesidad de atender a un paciente inmediatamente ya que se encuentra en estado muy grave como para perder la vida en diferencia de una emergencia se puede definir como situación crítica sin peligro de perder la vida del paciente. La atención en catástrofes es un proceso de coordinación de todos equipos. Determina las actuaciones, que será principalmente asistenciales, el resto de UME que se desplacen al lugar. Además, establece el personal que participa en la atención sanitario siendo: médico, enfermero/a, Técnico de Transporte Sanitario.

La labor de enfermería es atender la llamada telefónica de urgente en el CCU, la cual se llevará a cabo mediante la solicitud del paciente, a través de esta llamada se determinarán las necesidades y requerimientos precisos para su asistencia, la primera funcione es organizar, a través de las cuales se realiza el control del escenario, estableciendo los límites, la naturaleza del accidente, el número aproximado de víctimas e informar al CCU. Las segundas son las funciones asistenciales, que se distribuyen en tres pasos, primero el triage de las víctimas, segundo la asistencia sanitaria y por último la evacuación ordenada de las víctimas.

Hay tres tipos de triage el primer es el básico que debe ser breve, a través del cual se aplican maniobras salvadoras donde ellos apertura de vía aérea, hemostasia en hemorragias severas y reanimación cardiopulmonar para el caso de parada presenciada y estabilizadoras; que permite determinar el grado de urgencia, basándose principalmente en parámetros fisiológicos, distribuyendo a las víctimas por las diferentes áreas de atención. Un segundo triage es el avanzado que con-

siste en una valoración primaria del paciente aplicando de nuevo maniobras salvadoras y clasificando a los pacientes según su nivel de urgencia con la diferencia de que se identifican aquellos pacientes con prioridad quirúrgica que precisan evacuación urgente, se realizan procedimientos de estabilización y valoración de las lesiones y por último se realiza un triaje de evacuación que determina el orden de evacuación de los pacientes. Por último, el tercer triaje o triaje hospitalario que se realiza en los centros hospitalarios, donde se reevalúan y clasifica a las víctimas. 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. En algunos eventos los números de víctimas es muy alto, la gravedad de sus lesiones hace exceda la capacidad de las instalaciones y el personal.

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. La evaluación primaria abarca el ABCDE de la atención del trauma e identifica las condiciones. Los médicos pueden evaluar rápidamente A, B, C y D en un paciente traumatizado; la evaluación de 10 segundos, mediante la identificación de sí mismos, pidiendo al paciente por su nombre, y preguntando qué sucedió. Una respuesta apropiada sugiere que no hay compromiso importante de las vías respiratorias, es decir, la capacidad de hablar claramente, la respiración no se ve gravemente comprometida es decir, la capacidad para generar movimiento de aire para permitir el habla, y el nivel de conciencia no se redujo notablemente, es decir, alertar suficientes para describir lo que pasó.

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.

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.

Si bien la evaluación y gestión de las vías respiratorias de un paciente, debemos de tener mucho cuidado para evitar el movimiento excesivo de la columna cervical. Basándose en el mecanismo de trauma, se supone que existe una lesión de la médula. La columna vertebral debe ser protegida de la excesiva movilidad para evitar el desarrollo o progresión de un déficit. 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.

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 crítica después de la lesión. Por el contrario, un paciente con hipovolemia puede tener ceniciento, la piel facial gris y extremidades pálidas.

Las principales áreas de hemorragia interna son tórax, el abdomen, retroperitoneo, la pelvis y huesos largos. La fuente de sangrado se identifica generalmente por el examen físico y de formación de imágenes. El 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.

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.

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 calientes 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.

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 examinada. La posibilidad de perder una lesión o no apreciar la importancia de una lesión es grande, especialmente en un paciente que no responde o inestable.

Cada evaluación médica completa incluye una historia del mecanismo de la lesión. A menudo, una historia no puede ser obtenido de un paciente que ha sufrido un traumatismo; Por lo tanto, personal prehospitalario y la familia deben proporcionar esta información. La historia AMPLIO es una regla mnemotécnica útil para este propósito:

- Alergias
- Los medicamentos utilizados actualmente
- Enfermedades pasadas / Embarazo
- Última comida
- Eventos / Medio Ambiente relacionados con la lesión

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. Los pacientes con trauma deben ser reevaluados constantemente para asegurar que los nuevos hallazgos no se pasan por alto y descubrir cualquier deterioro de los resultados indicados anteriormente.

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 persona.

Se solicita el consentimiento antes del tratamiento, si es posible. En las emergencias que amenazan la vida, a menudo no es posible obtener dicho consentimiento. En estos casos, proporcionar tratamiento en primer lugar, y obtener el consentimiento formal de tarde.