



URGENCIAS HOSPITALARIAS.

LIC. EN ENFERMERIA

ALUMNA: YULISSA LIZETH GARCIA GREENE

PROF. MARCOS JHODANY ARGUELLO GÁLVEZ

6TO CUATRIMTRE.

GRUPO: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chis. A 17/10/20

## **INTRODUCCION**

En este ensayo podremos estudiar a cerca de la importancia de la atención hospitalaria para facilitar la rápida reanimación de pacientes con traumatismos, identificando la secuencia correcta de las prioridades para la evaluación de los pacientes lesionados, así también; la importancia de reevaluar a un paciente que no responde adecuadamente a la reanimación, explicar la importancia del trabajo en equipo en la evaluación inicial de los pacientes con traumatismos.

## **DESARROLLO**

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 el rápido trauma reanimación del paciente. durante la primer fase que es la prehospitalaria, los proveedores hacen insistencia 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. la obtención y presentación de información necesaria para la clasificación en el hospital, incluyendo momento de la lesión, los acontecimientos relacionados con la lesión, y la historia clínica del paciente. La planificación anticipada para la llegada de los pacientes de trauma es esencial el traspaso entre la 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. 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, en estos días nos encontramos atravesando por una pandemia, en donde debemos de priorizar los

cuidados antes mencionados, hoy estamos expuestos ante el COVID-19. No podemos tomar a la ligera el protocolo que se debe seguir con los pacientes en la pre hospitalización. El 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). 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. 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, o traqueal, fracturas y otras lesiones 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 el paciente es capaz de comunicarse verbalmente, la vía aérea no es probable que esté en peligro inmediato; Sin embargo, la evaluación repetida de la vía respiratoria es prudente. Si el paciente está inconsciente y no tiene reflejo nauseoso, la colocación de una vía respiratoria oro faríngea puede ser útil temporalmente. Establecer una vía aérea definitiva si hay alguna duda sobre la capacidad del paciente para mantener la integridad de las vías respiratorias. Si bien la evaluación y gestión de las vías respiratorias de un paciente, tener mucho cuidado para evitar el movimiento excesivo de la columna cervical. La columna vertebral debe ser protegida de la excesiva movilidad para evitar el desarrollo o progresión de un déficit. La columna cervical está protegido con un collar cervical. Cuando es necesaria la gestión de las vías respiratorias, se abre el collarín cervical, y un miembro del equipo de forma manual restringe el movimiento de la columna cervical. Aunque debe hacerse todo lo posible para reconocer el compromiso de la vía aérea con prontitud y asegurar una vía aérea definitiva, es igualmente importante reconocer el potencial de pérdida progresiva de las vías respiratorias. Reevaluación frecuente de la vía respiratoria es

esencial para identificar y tratar a los pacientes que están perdiendo la capacidad de mantener una vía respiratoria adecuada. 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. Las lesiones que deterioran significativamente la ventilación en el corto plazo incluyen neumotórax a tensión, neumotórax masivo, neumotórax abierto, y traqueal o lesiones bronquiales. Estas lesiones deben ser identificadas durante la valoración primaria y con frecuencia requieren atención inmediata para asegurar una ventilación eficaz. Debido a que un neumotórax a tensión compromete la ventilación y la circulación de manera dramática y aguda, la descompresión del pecho debe seguir inmediatamente cuando se sospecha por la evaluación clínica. Cada paciente lesionado debe recibir oxígeno suplementario.

Los médicos reconocen el estado de shock durante la evaluación inicial del paciente. Para ello, deben estar familiarizados con la diferenciación clínica de las causas de los golpes, principalmente, hemorrágica y choque no hemorrágico. Se evidencia por el colapso dinámico hemo- con perfusión inadecuada de la piel, los riñones y el sistema nervioso central, es fácil de reconocer. Los miembros del equipo de trauma deben evaluar cuidadosamente el estado circulatorio del paciente. Cualquier paciente lesionado que es frío al tacto y es taquicardia debe ser considerado en estado de shock hasta que se demuestre lo contrario. Ocasionalmente, un ritmo cardíaco normal o incluso bradicardia se asocia con una reducción aguda de volumen de sangre; otros índices de perfusión deben ser monitoreados en estas situaciones. El ritmo cardíaco normal varía con la edad. Taquicardia se diagnostica cuando el ritmo cardíaco es mayor de 160 latidos por minuto (lpm) en un bebé, 140 BPM en un niño en edad preescolar, 120 BPM en niños de edad escolar de la pubertad, y 100 BPM en adultos. Los pacientes ancianos pueden no exhibir taquicardia debido a su respuesta cardiaca limitada a la estimulación de catecolaminas o el uso simultáneo de medicamentos, tales como agentes bloqueantes beta-adrenérgicos. La

capacidad del cuerpo para aumentar la frecuencia cardíaca también puede estar limitado por la presencia de un marcapasos. A la presión de pulso reducido sugiere pérdida de sangre y la implicación de los mecanismos de compensación.

Las prioridades para la evaluación de un paciente se multiplican lesionado es la preparación; triaje; evaluación primaria con la reanimación; unidos a la valoración primaria y resucitación; considere necesario para el traslado del paciente; evaluación secundaria, unidos a la evaluación secundaria; reevaluación; y el tratamiento definitivo de nuevo teniendo en cuenta la necesidad de transferencia. En el campo con el retorno de la circulación espontánea antes de llegar al centro de trauma tienen aproximadamente un 50% de posibilidades de supervivencia sin secuelas neurológicas. Para los pacientes pediátricos con traumatismos que llegan a la zona de trauma continuado con la RCP de larga duración, prolongados esfuerzos de resucitación no son beneficiosos.

## **CONCLUSION**

La valoración inicial que le demos a cada uno de los pacientes es crucial para el tratamiento y reanimación que se le daría a este. Es sumamente importante seguir paso a paso el método que se utilizara, seguir un protocolo para una amplia seguridad de que estamos haciendo bien la reanimación, la entubación y la serie de estrategias que vamos a llevar a cabo para que nuestro paciente llegue al lugar indicado. El contenido y habilidades presentadas en este ensayo tienen la finalidad de proporcionar información en la atención de emergencia para pacientes de trauma. Recordemos que ofrecer una base para la evaluación, el tratamiento y la garantía de calidad, es una palabra, que como profesionales de la salud debemos de poner en práctica.