



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno: Paola Lizbeth Trujillo Gómez.

Nombre del profesor: Marcos Jhodany Arguello Gálvez.

Materia: enfermería en urgencias y desastres.

Trabajo: ensayo.

Grado: 7to cuatrimestre

Grupo: "A"

Fecha de entrega: 26/09/2020

PASIÓN POR EDUCAR

“evaluación inicial/ principios del paciente extra hospitalario”

La evaluación inicial consiste en realizar una valoración global de su estado del paciente con el objetivo de determinar el alcance de sus lesiones, para establecer las prioridades de actuación y adoptar las medidas necesarias, con un enfoque que se puede aplicar con rapidez. Este enfoque incluye los siguientes elementos, que continuación serán mencionados cada uno de ellos: 1. Preparación: fase pre hospitalaria: este elemento es muy importante ya que a través se notifica al hospital la llegada del paciente lo cual el personal de salud prepara todo de acuerdo de sus necesidades del paciente para tener todo preparado para la recepción del paciente y así tener probabilidades más altas de salvarle la vida. Lo que incluirá mantenimiento de las vías respiratorias, control de hemorragia externa y el shock, la movilización del paciente, transporte inmediato al centro apropiado más cercana, obtención y presentación de información necesario para la clasificación en el hospital incluyendo momento de la lesión y la historia clínica del paciente. Fase hospital: se debe de asegurar de la recepción de toda la información del proceso y ser dirigida por líder del equipo de trauma para la preparación del equipo del hospital de acuerdo a la información obtenida del paciente lo que incluirá: un área de reanimación que está disponible para pacientes con trauma, que tengan un buen funcionamiento cada uno de los equipos como el de las vías respiratorias, soluciones cristaloides, dispositivos de control adecuados, tener un protocolo para pedir ayuda médica adicional y tener precauciones y protección para todos los profesionales. 2. Triage: es un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos. Objetivos: asistencia precoz, aplicación de maniobras salvadoras, determinar el grado de urgencia, implementar el uso de recursos críticos, documentar los pacientes, controlar el flujo de víctimas, asignar áreas de atención, distribuir el personal a cada área, iniciar medidas diagnósticas, iniciar medidas terapéuticas, control precoz de infecciones, preparar la atención al público y atención a los familiares. Que consiste en la clasificación de los pacientes basados en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, lo que es una toma de decisiones graves por no tener la información completa para salvar el mayor número de vidas y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. El Triage se define en dos: las bajas múltiples son aquellas cuando la cantidad de pacientes sobrepasa lo

de la capacidad del hospital, los pacientes que amenazan su vida y los que tienen lesiones múltiples son los que serán tratados primeros. Y grandes números de víctimas: el número de pacientes y la gravedad hace que exceda la capacidad del hospital lo cual se debe de tratar primero a los pacientes que tienen más posibilidades de sobrevivir, con menor consumo de tiempo, material, personal y equipo. Se clasifican por cuatro categorías la primera es: emergencia, extrema emergencia, etiqueta roja, prioridad uno (parada cardiorrespiratoria, asfixia, obstrucción mecánica, lesión permanente del tórax, shock hipovolémico, hemorragia interna activa, heridas cardiopericardicas entre muchas más). Segunda categoría, urgente, etiqueta amarilla, muy grave (shock estabilizado, fracturas, heridas viscerales, paciente en coma, traumatismo craneoencefálico con focalizado poli traumatizados, heridas abiertas abdominales entre otras). Tercera categoría, no urgente, etiqueta verde (lesiones cerebrales, heridas musculares, poli fracturados, contusiones torácicas, fracturas de hueso largo, lesiones menores entre otras). Y en la cuarta categoría, etiqueta gris, fallecidos. Un paciente poli traumatizado es una persona que presenta dos o más lesiones que comprometan su vida, según la OMS la define como lesión corporal a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringidas a cantidades de energías que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. Para la valoración inicial tenemos que tomar en cuenta ciertos mecanismos del traumatismo como, por ejemplo: 1. impacto frontal (fractura de columna cervical, tórax inestable anterior, contusión miocárdica, neumotórax, ruptura traumática de aorta, ruptura de hígado o bazo, fractura o luxación posterior de la cadera o rodilla). 2. Impacto lateral (esquinca cervical contralateral, tórax inestable lateral, neumotórax, ruptura de la aorta, ruptura del diafragma, ruptura del hígado o bazo, fractura de la pelvis o del acetábulo). 3. Colisión con impacto posterior (lesión de columna cervical y lesión de tejidos blandos en el cuello). 4. Eyección fuera del vehículo (le contrafiere al paciente un riesgo mayor, puesto que se expone a sufrir todo tipo de mecanismo traumáticos). 5. Impacto vehicular por peatón (trauma craneoencefálico, ruptura traumática de la aorta, lesión de viseras abdominales o fracturas de extremidades inferiores). La muerte del paciente puede suceder en tres etapas: primera etapa, segundos a minutos después del accidente que se da por (ruptura de la aorta, lesiones

cardiacas o lesiones en el tronco o medula espinal alta), segunda etapa: se da en los primeros minutos o horas puede ser causa de (ruptura del bazo, fractura de pelvis o hemo neumotorax) y la tercera etapa: se le denomina hora dorada porque la muerte ocurre días o semanas después del traumatismo. 3. Valoración primaria con la reanimación básica: en este elemento los pacientes son evaluados y se establecen sus prioridades de tratamiento en base a sus lesiones, signos vitales y mecanismos de lesión. Se puede valorar de dos formas por medio de la inspección que es localización y visualización del paciente, posición, identificación de los signos vitales, estado de conciencia, respiración y movimiento espontáneo y la otra es la evaluación que es la presencia y frecuencia del pulso y estado de relleno capilar. La función vital del paciente se debe de evaluar de forma rápida y eficiente. El tratamiento consiste en una evaluación primaria rápida con la reanimación. La evaluación primaria abarca el ABCDE de la atención del trauma e identifican las condiciones que amenazan la vida siguiendo esta secuencia A: vía aérea con control de la columna cervical, evaluar vía aérea superior para ver si es permeable, inspección en busca de cuerpos extraños o fracturas faciales, mandibulares, de tráquea o laringe, realizar maniobras para permeabilizar la vía aérea, elevando el mentón y levantando la mandíbula protegiendo la columna cervical y proteger la columna cervical. En caso de que el paciente tenga la vía aérea obstruida la intubación endotraqueal sería una de las alternativas ya sea por vía nasal u oral para poderla controlar, en caso de no poder realizar este procedimiento se tendría que hacer de forma quirúrgica y los que deben de recibir oxígeno suplementario es aquel paciente poli traumatizado. Manejo de la vía aérea: administración inmediata de oxígeno (mascar con reservorio, máscara Venturi entre otros), si no respira se hacen dos ventilaciones a presión positiva (bolsa máscara, boca máscara), se toma pulso central, si está ausente se hace el RCP reglada que es un procedimiento de emergencia que tiene como propósito de mantener el cerebro oxigenado cuando una persona deja de respirar y su corazón se detuvo, consiste en los siguientes pasos: primer paso: verificar que no hay peligro en los alrededores por ejemplo si no está en una zona segura moverla a donde la víctima esté segura, segundo paso verificar de que la víctima está realmente inconsciente eso se hace hablándole a la persona con unos ligeros golpes al hombro, tercer paso verificar de que el paciente

no este espirando, verificar de que las vías no estén obstruidas por algún objeto, luego se debe de acercar su cara a la boca y nariz de la persona, para escuchar o sentir alguna respiración de la persona y ver si el tórax aumenta de tamaño. Solicitar ayuda: dando la voz de alarma si no responde, no abre los ojos, no se mueve y no habla. Para iniciar con la RCP debemos de verificar que el cuerpo se encuentre en posición horizontal, sobre su espalda una superficie dura y plana. Posición correcta: estirar los hombros y apoyar las palmas de las manos a 6 centímetros del tórax, que los dedos no toquen el pecho. Es un circuito de 100 a 120 pulsaciones por minuto, estas se combinan 30 compresiones y 2 ventilaciones. Cada dos minutos ver la evolución del paciente si reacciona o no.

B: respiración y ventilación, se determina la frecuencia respiratoria y la profundidad de las respiraciones, evaluar pulmones mediante: inspección, auscultación, percusión y palpación. Algunas de las lesiones que comprometen la respiración y la ventilación son neumotórax a tensión, tórax inestable con contusión pulmonar o hemotorax masivo. Manejo de la ventilación: procedimientos básicos: colocación de mascarilla con 10 a 12 l/min O₂ (paciente consciente, respirando espontáneamente, ECG > 8, sin intoxicación por drogas o alcohol, sin lesión maxilofacial importante). Procedimientos avanzados: intubación inmediata o vía aérea quirúrgica (paciente inconsciente, respiración dificultosa o sin respiración espontánea, ECG < 8, intoxicación por drogas o bebidas alcohólicas).

C: circulación con control de hemorragia, objetivo evitar el choque, la hemorragia es la causa de muerte más prevenible en trauma, se considera toda hipotensión como de origen hipovolémico en un paciente poli traumatizado hasta que se demuestre lo contrario, se necesita evaluar la amplitud y regularidad de los pulsos distales y centrales del paciente. En caso de hemorragia se sugiere: presión directa sobre las heridas que están sangrando, las férulas neumáticas transparentes, torniquetes.

D: déficit neurológico: alteraciones en la conciencia se puede deber a (disminución de la perfusión cerebral, hipoglucemia, alcohol, lesión traumática del SNC. Indicaciones de TAC en TCE (deterioro de conciencia, Glasgow 15 con pérdida de conciencia transit. Déficit focal, trauma penetrante, cefalea severa).

E: desvestir totalmente el paciente, cubrirlo con cobertores limpios o dispositivos externos de calefacción, sala a temperatura templada, calentar soluciones endovenosas antes de administrarlas.

4. Los adjuntos a

la valoración primaria con la reanimación: son utilizados durante la valoración primaria incluye electrocardiograma continuo que es el seguimiento de todos los pacientes de trauma es importante, las arritmias incluyendo taquicardia inexplicable, fibrilación ventricular. Otro sería oximetría de pulso: es un valioso complemento para la monitorización de los pacientes lesionados. También dióxido de carbono: frecuencia ventilatoria, cefalografía y los gases en la sangre arterial. Catéteres urinarios y gástrica: los catéteres urinarios, la producción de orina es un indicador sensible de estado de volumen del paciente y refleja la perfusión renal. El catéter gástrico está indicado para descomprimir la distensión del estómago, disminuir el riesgo de aspiración y para comprobar la hemorragia gastrointestinal superior de un trauma. Exámenes de rayos X y estudios de diagnósticos: utilizarlos con criterio y que no se demore la reanimación del paciente o la transferencia a la atención definitiva en pacientes que requieren un mayor nivel de atención. Considerar la necesidad de transferencia de los pacientes. 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 los signos vitales. Adjuntos a la evaluación secundaria: pruebas de diagnóstico especializados para identificar lesiones específicas. Reevaluación: para asegurar que los nuevos hallazgos no pasen por alto y descubrir cualquier deterioro de los resultados anteriores. Tratamiento definitivo: siempre a las necesidades del paciente requiere una evaluación detallado a las lesiones del paciente. Y de esta forma es que es muy importante que la evaluación inicial se realice estrictamente como está indicada por qué a través de ella se sabrá el diagnóstico y se comenzará la preparación del paciente y hasta llega al tratamiento definitivo de acuerdo a las necesidades del paciente.

Bibliografía: Guía de ATLS capítulo 1 (de las paginas 2-21).