



**Nombre del alumno: Keila Elizabeth Salazar Aguilar.**

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

**Materia: Enfermería en urgencias y desastres.**

**Grado: 7mo cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

**Ensayo.**

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 Prehospitalaria , eventos están coordinados con los médicos del hospital de recepción. En segundo lugar, durante la fase de hospital, las preparaciones se hacen para facilitar la rápida trauma reanimación del paciente. la fase prehospitalaria. La coordinación con las agencias y el personal prehospitalario puede acelerar en gran medida el tratamiento en el campo.

HOSPITAL DE FASE: La planificación anticipada para la llegada de los pacientes de trauma es esencial. El traspaso entre los proveedores de 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. Aspectos críticos de la preparación del hospital incluyen los siguientes:

- Un área de reanimación está disponible para los pacientes de trauma.
- Que funcione correctamente el equipo de las vías respiratorias (por ejemplo, laringoscopios y tubos endotraqueales) está organizado, probado y estratégicamente colocado para ser fácilmente accesible.
- soluciones cristaloides intravenosos calentados están inmediatamente disponibles para la infusión, como lo son los dispositivos de control adecuado.

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 la prioridades ABC (vía aérea con la protección de la columna cervical, la respiración y la circulación con control de la hemorragia). Otros factores que pueden afectar en gran número de víctimas.

En los eventos de gran número de víctimas, el número de pacientes y la gravedad de sus lesiones hace exceda la capacidad de las instalaciones y el personal. En tales casos, los pacientes que tienen la mayor posibilidad de supervivencia y que requiere el menor gasto de tiempo, equipamiento, suministros. 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. funciones vitales del paciente se deben evaluar de forma rápida y eficiente. El tratamiento consiste en una evaluación primaria rápida con la reanimación simultánea de las funciones vitales, una encuesta más detallada secundaria, y el inicio del tratamiento definitivo.

La evaluación primaria abarca el ABCDE de la atención del trauma e identifica las condiciones que amenazan la vida mediante la adhesión a esta secuencia:

- restricción de movimiento de la columna cervical
- ventilación

- control de la hemorragia
- evaluación del estado neurológico.

Los médicos pueden evaluar rápidamente A, B, C y D en un paciente traumatizado (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). La falta de respuesta a estas preguntas sugiere anomalías en A, B, C, o D que requieren evaluación y gestión urgente. de las vías respiratorias de mantenimiento con restricción del movimiento de la columna cervical. La respiración y ventilación permeabilidad de las vías no asegura una ventilación adecuada. se requiere un intercambio gaseoso adecuado para maximizar la eliminación de dióxido de oxigenación y de carbono. Ventilación requiere la función adecuada de los pulmones, la pared torácica y el diafragma; Por lo tanto, los médicos deben examinar rápidamente y evaluar cada componente. De circulación con control de la hemorragia compromiso circulatorio en pacientes con traumatismo puede ser resultado de una variedad de lesiones. El volumen sanguíneo, el gasto cardíaco y el sangrado son los principales problemas circulatorios a considerar. El volumen de sangre y el gasto cardíaco. 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.

### Sangría

Identificar la fuente de sangrado como externa o interna. hemorragia externa es identificado y controlado durante la valoración primaria. , La pérdida de sangre externa rápida es administrado por presión manual directa sobre la herida. Los torniquetes son eficaces en el desangramiento masiva de una extremidad, pero conllevan el riesgo de lesión isquémica a la extremidad. Use un torniquete sólo cuando la presión directa no es eficaz y la vida del paciente está en peligro. de sujeción ciego puede resultar en daño a los nervios y venas. Los adjuntos utilizados durante la valoración primaria incluyen electrocardiografía continua, oximetría de pulso, dióxido de carbono (CO 2) el seguimiento y la evaluación de la frecuencia ventilatoria, y la medición de gases en sangre arterial (ABG). Además, los catéteres urinarios se pueden colocar para supervisar la producción de orina y evaluar para hematuria. catéteres gástricos descomprimen distensión y evaluar para pruebas de sangre.

- oximetría de pulso
- frecuencia ventilatoria, capnografía, y los gases en
- sangre arterial
- Catéteres urinarios y gástrica.
- exámenes de rayos X y estudios de diagnóstico.

Durante la valoración primaria con la reanimación, el médico evaluar con frecuencia obtiene información suficiente para determinar la necesidad de trasladar al paciente a otro centro de atención definitiva. Este proceso de transferencia puede iniciarse de inmediato por el personal administrativo en la dirección del líder del equipo de trauma, mientras se realizan las medidas de evaluación y de resucitación adicionales. Las poblaciones de pacientes que requieren una consideración especial durante la evaluación inicial son niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, pacientes obesos, y los atletas. Las prioridades para el cuidado de estos pacientes son los mismos que para todos los pacientes de trauma, pero estas personas pueden tener respuestas fisiológicas que no siguen patrones esperados y las diferencias anatómicas que requieren equipo o una consideración especial, 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.

- Historia.
- Examen físico.
- Archivo
- Consentimiento para el tratamiento.
- Pruebas forenses.

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. Como se gestionan las lesiones iniciales que amenazan la vida, otros problemas igualmente peligrosas para la vida y lesiones menos graves pueden llegar a ser evidentes, lo cual puede afectar significativamente el pronóstico determinante del paciente. Un alto índice de sospecha facilita el diagnóstico y tratamiento precoz.

La monitorización continua de las constantes vitales, saturación de oxígeno y la producción de orina es esencial. Para pacientes adultos, el mantenimiento de la producción de orina a 0,5 ml / kg / h es deseable. En los pacientes pediátricos que son mayores de 1 año, una salida de 1 ml / kg / h es típicamente adecuada. Periódica ABG analiza y final de la espiración CO<sub>2</sub> monitoreo son útiles en algunos pacientes. El alivio del dolor agudo es una parte importante del tratamiento para los pacientes de trauma. Muchas de las lesiones, especialmente lesiones musculoesqueléticas, producen dolor y la ansiedad en pacientes conscientes. analgesia eficaz por lo general requiere la administración de opiáceos o

ansiolíticos por vía intravenosa (inyecciones intramusculares deben ser evitados). Estos agentes se utilizan juiciosamente y en pequeñas dosis para lograr el nivel deseado de comodidad del paciente y el alivio de la ansiedad evitando al mismo tiempo el estado respiratorio o la depresión mental, y los cambios hemodinámicos.

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 personal.

Las directrices de traslado interhospitalario ayudarán a determinar qué pacientes requieren el más alto nivel de atención del trauma. Estas directrices tienen en cuenta el estado del paciente fisiológico, lesión anatómica obvia, mecanismos de la lesión, las enfermedades concurrentes, y otros factores que pueden alterar el pronóstico del paciente. El personal de emergencia y el personal quirúrgico utilizan estas directrices para determinar si el paciente requiere la transferencia a un centro de trauma o el hospital apropiado más cercano capaz de proporcionar atención más especializada. La instalación local apropiada más cercana se elige, en función de sus capacidades generales para cuidar al paciente lesionado.