

**ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES**

**LIC:MARCOS JHODANY ARGUELLO GALVEZ**

**PRESENTA LA ALUMNA:**

**YOYANA RODRIGUEZ AGUILAR** .

**7 B SEMIESCOLARIZADO.**

**COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2020.**

## **Evaluación principal**

Los estudios primarios y secundarios se repiten con frecuencia para identificar cualquier cambio en el estado del paciente que indica la necesidad de una intervención adicional.

La secuencia de evaluación presentada en este capítulo refleja un lineal o longitudinal, la progresión de los acontecimientos.

En una situación clínica real, sin embargo, muchas de estas actividades se producen simultáneamente. La progresión longitudinal del proceso de evaluación permite a los médicos la oportunidad de revisar mentalmente el progreso de la reanimación real.

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 el rápido trauma reanimación del paciente.

### **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.

### **TRIAJE**

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).

Otros factores que pueden afectar triaje y la prioridad de tratamiento incluyen la gravedad de la lesión, la capacidad para sobrevivir, y los recursos disponibles.

### **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. Funciones vitales del paciente se deben evaluar de forma rápida y eficiente.

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. Por ejemplo, el compromiso de la vía aérea puede ser secundaria a un traumatismo craneal, lesiones que causan

shock, o trauma físico directo a la vía respiratoria. Independientemente de la lesión que causa el compromiso de la vía aérea, la primera prioridad es la gestión de las vías respiratorias: la limpieza de la vía aérea, la aspiración, la administración de oxígeno, y la apertura y asegurar la vía aérea.

## **LA RESPIRACIÓN Y VENTILACIÓN**

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.

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.

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.

## **LA EXPOSICIÓN Y CONTROL AMBIENTAL**

Durante la valoración primaria, quite toda la ropa del paciente, 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 caliente antes de la infusión de ellos, y mantener un ambiente cálido.

## **LOS ADJUNTOS A LA VALORACIÓN PRIMARIA CON LA REANIMACIÓN**

Los adjuntos utilizados durante la valoración primaria incluyen electrocardiografía continua, oximetría de pulso, dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) 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.

## **Monitorización electrocardiográfica**

Electrocardiográfica (ECG) el seguimiento de todos los pacientes de trauma es importante.

Cuando bradicardia, conducción aberrante, y latidos prematuros están presentes, hipoxia e hipoperfusión se debe sospechar inmediatamente. la hipotermia extrema también produce arritmias.

### **oximetría de pulso**

La oximetría de pulso es un valioso complemento para el monitoreo de la oxigenación en pacientes lesionados. Un pequeño sensor se coloca en el dedo, dedo del pie, lóbulo de la oreja, o en otro lugar conveniente. La mayoría de los dispositivos muestran la frecuencia del pulso y la saturación de oxígeno de forma continua.

### **Frecuencia ventilatoria, capnografía, y los gases en sangre arterial**

frecuencia ventilatoria, capnografía, y las mediciones de ABG se utilizan para controlar la suficiencia de las respiraciones del paciente. La ventilación se puede monitorizarse usando los niveles de dióxido de carbono de marea finales.

Final de la espiración CO<sub>2</sub> puede ser detectado mediante colorimetría, capnometría, o capnografía-a técnica de monitorización no invasivo que proporciona la penetración en del paciente ventilación, la circulación y el metabolismo. Debido a que los tubos endotraqueales pueden desprenderse cuando un paciente se mueve, la capnografía se puede utilizar para confirmar la intubación de la vía aérea (vs el esófago).

### **Catéteres urinarios y gástrica**

La colocación de catéteres urinarios y gástricas se produce durante o después de la evaluación primaria.

### **Los catéteres urinarios**

La producción de orina es un indicador sensible de estado de volumen del paciente y refleja la perfusión renal. Seguimiento de la producción de orina se logra mejor mediante la inserción de un catéter de vejiga permanente.

### **Los catéteres gástricos**

Un tubo gástrico está indicado para descomprimir la distensión del estómago, disminuir el riesgo de aspiración, y comprobar para la hemorragia gastrointestinal superior de un trauma.

La descompresión del estómago reduce el riesgo de aspiración, pero no evita por completo. Contenidos gástricos gruesos y semisólido no volverán a través del tubo, y colocando el tubo pueden inducir el vómito.

Exámenes de rayos X y estudios de diagnóstico

Utilice examen de rayos X 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 pacientes**

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.

### **examen físico**

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.

### **Cabeza**

La evaluación secundaria comienza con la evaluación de la cabeza para identificar todas las lesiones neurológicas relacionadas y cualesquiera otras lesiones significativas.

### **Estructuras maxilofaciales**

El examen de la cara debe incluir la palpación de todas las estructuras óseas, la evaluación de la oclusión, el examen intraoral, y la evaluación de los tejidos blandos.

traumatismo maxilofacial que no está asociado con la obstrucción de las vías respiratorias o sangrado mayor debe ser tratado sólo después de que el paciente se estabiliza y las lesiones que amenazan la vida se han administrado.

### **Columna cervical y cuello**

Los pacientes con trauma maxilofacial o la cabeza deben presumirse que tienen una lesión en la columna vertebral cervical (por ejemplo, fractura y / o la lesión del ligamento), y el movimiento de la columna cervical ha de ser restringida.

### **Pecho**

La evaluación visual del tórax, anterior y posterior, puede identificar condiciones tales como neumotórax abierto y grandes segmentos de lagelos. Una evaluación completa de la pared torácica requiere la palpación de toda la jaula de pecho, incluyendo el clavículas, costillas y el esternón

### **Abdomen y pelvis**

Las lesiones abdominales deben ser identificadas y tratadas de forma agresiva. La identificación de la lesión específica es menos importante que determinar si se requiere la intervención quirúrgica. Un examen inicial normal del abdomen no excluye una lesión intraabdominal significativa.

### **Sistema musculoesquelético**

Las extremidades deben ser inspeccionadas por contusiones y deformidades.

Lesiones de las extremidades significativas pueden existir sin fracturas siendo evidente en el examen o radiografías.

Rupturas de ligamentos producen inestabilidad de la articulación. Lesiones de la unidad tendónmúsculo-interfieren con el movimiento activo de las estructuras afectadas.

Sensación y / o pérdida de fuerza contracción muscular voluntaria deteriorada puede ser causada por una lesión nerviosa o isquemia, incluyendo la debida al síndrome compartimental.

### **Sistema neurológico**

Un examen neurológico completo incluye motor y la evaluación sensorial de las extremidades, así como la reevaluación del nivel de conciencia y la pupila tamaño y la respuesta del paciente.

La puntuación GCS facilita la detección de los primeros cambios y tendencias en el estado neurológico del paciente. Se requiere una consulta temprana con un neurocirujano para los pacientes con lesiones en la cabeza.

Controlar a los pacientes con frecuencia para el deterioro del nivel de conciencia y cambios en el examen neurológico, ya que estos hallazgos pueden reflejar un empeoramiento de una lesión intracraneal.