



**José Luis Hernández Álvarez**

**Marcos Jhodany Arguello Gálvez**

**Ensayo**

**Enfermería de urgencias y desastres**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 7° Cuatrimestre**

**Grupo: “B”**

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes son valorados sin demora y sus prioridades de tratamiento son establecidas basándose en sus injurias, el mecanismo de las mismas y sus signos vitales. Deben establecerse prioridades en el tratamiento de acuerdo a la valoración del paciente. Las funciones vitales deben evaluarse rápida y eficientemente. El manejo consiste en una rápida evaluación primaria, restauración (resucitación) de sus funciones vitales, un mayor y detallado segundo examen, y finalmente, la iniciación del tratamiento definitivo.

### Evaluación inicial/ principios del paciente extra hospitalario

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 (ver Evaluación Inicial de vídeo en MyATLS de aplicaciones móviles ). 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: UN mantenimiento irway con la restricción de movimiento de la columna cervical segundo reathing y ventilación do irculation con control de la hemorragia re isability (evaluación del estado neurológico) mi Xposure / Control ambiental. 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 anormalidades en A, B, C, o D que requieren evaluación y gestión urgente. 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. Debido a que la secuencia de prioridad se basa en el grado de la vida. Recordemos que los procedimientos de Ment manage- descritos en este capítulo evaluación y priorizados están pre-SENTED como pasos secuenciales en orden de importancia y para garantizar la claridad; En la práctica, estos pasos se llevan a cabo con frecuencia simultáneamente por un equipo de profesionales de la salud (véase el trabajo en equipo, de las vías respiratorias de mantenimiento con restricción del movimiento de la columna cervical. 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. Comience medidas para establecer una vía aérea permeable al tiempo que restringe el movimiento de la columna cervical. 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. Además, los pacientes con lesiones graves en la cabeza que tienen un nivel alterado de conciencia o una puntuación de coma de Glasgow Scale (GCS) de 8 o inferior por lo general requieren la colocación de una vía aérea definitiva (es decir, con manguito, tubo garantizado en la tráquea). (La GCS se explica adicionalmente y demuestra. traumatismo craneal y el MyATLS aplicación .) Inicialmente, la maniobra de tracción mandibular o levantar el mentón a menudo es suficiente como una intervención inicial.

Si el paciente está inconsciente y no tiene reflejo nauseoso, la colocación de una vía respiratoria orofaríngea 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. El hallazgo de respuestas motoras nonpurposeful sugiere fuertemente la necesidad de manejo de vía aérea definitiva. La gestión de las vías respiratorias en

pacientes pediátricos requiere el conocimiento de las características anatómicas únicas de la posición y el tamaño de la laringe en los niños, así como un equipo especial.

Trauma Pediátrico: 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. Basándose en el mecanismo de trauma, se supone que existe una lesión de la médula. Neurológica  
ejem- minación por sí solo no excluye el diagnóstico de lesión de la columna cervical. La columna vertebral debe ser protegido de la excesiva movilidad para evitar el desarrollo o progresión de un déficit.