



NOMBRE DE LA ALUMNA:

JUANA LORENZA VELAZQUEZ HERNANDEZ.

NOMBRE DEL PROFESOR (A) :

LIC. ROSARIO CRUZ SANCHEZ.



LICENCIATURA:

ENFERMERIA.

NOMBRE DEL TRABAJO:

ENSAYO.

MATERIA:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES I.

GRADO:

7 CUATRIMESTRE.

GRUPO:

“A”

Pichucalco, Chiapas a 16 de Octubre de 2020.

ENSAYO.

En este nuevo tema abarcaremos sobre la atención de enfermería en diferentes casos el primero es en paciente politraumatizados, la actuación principal ante un politraumatizado es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental dentro de los Equipos de Emergencias Prehospitalario, así como para realizar una buena actuación integral del paciente. Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general o constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado en el que peligrasen sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias. En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar, etc, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente.

En la primera fase se realiza la valoración la cual valora lo siguiente: Control de vía aérea y control cervical, respiración, circulación con control de hemorragia, discapacidad, estado neurológico, exposición y entorno. La permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar. En un individuo inconsciente hay que comprobar su vía aérea, en el sujeto que tiene disminuido su nivel de conciencia puede ocurrirle la caída de la lengua hacia atrás o una broncoaspiración, Si la vía aérea no fuese permeable se deben extraer los objetos que la obstruyan o en su defecto valorar la punción cricotiroidea, valorar también la intubación orotraqueal si fuese necesario, y la cánula de Guedell.

Hay que valorar la correcta ventilación y el adecuado aporte de oxígeno. Buscar las causas que alteran la ventilación y emprenderemos las medidas adecuadas, intubación orotraqueal, drenaje torácico. La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo. Cuatro son los puntos a valorar: nivel de Conciencia, coloración de la piel, pulso y hemorragias. Se deben canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre, 14-16 G, para poder administrar gran cantidad de fluidos en poco tiempo. Las mejores vías de acceso venoso periférico en el adulto son: vena antecubital y venas del antebrazo.

Tras solucionar los problemas vitales se realiza una valoración del nivel de conciencia y pupilas: valorar traumatismos craneoencefálico (TCE), traumatismo facial y cervical. · Respuesta pupilar y movimientos oculares, escala de Glasgow. Los cuidados debe ser muy explícitos el px deben colocarle sonda vesical o nasogástrica, ayudarlo a cambiar de posición, vigilar sus signos vitales y llevar un tratamiento adecuado. L. García Castrillo Riesgo.

En segundo lugar abarcaremos atención de enfermería en quemados, las quemaduras son lesiones físicas de la piel que pueden involucrar otros tejidos y donde no intervienen fuerzas mecánicas, sino que son generadas por agentes físicos y ocasionalmente químicos, con extensión y profundidad variable. Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel. Los objetivos principales son: garantizar una atención adecuada aliviar los síntomas, promover la cicatrización de las heridas, prevenir las complicaciones (infección, cicatrices) y prevenir el tétanos.

Atención en quemaduras epidérmicas superficiales: aplicación de un vendaje de protección o productos en crema (emolientes) para mejorar la comodidad, revisar al cabo de 48 horas si la piel se rompe, el vendaje de protección o producto en crema debe ser cambiado por productos de curación en ambiente húmedo o por gasas de parafina de doble capa. Atención en quemaduras dérmica administrar medicamentos para el alivio del dolor (paracetamol o ibuprofeno suelen ser adecuados), además de implementar cuidados tendientes a disminuir el estrés, es muy importante colocar la zona afectada siempre en una buena posición y con las férulas necesarias para prevenir las contracturas, valorar continuamente la aparición de dolor, mal olor, aumento en la cantidad de exudado, fiebre o celulitis los miembros afectados deben mantenerse en reposo.

Una vez curada la quemadura se recomienda el uso de cremas hidratantes 2 – 3 veces al día, así como la protección solar durante 6 – 12 meses, se recomienda que los pacientes con quemaduras usen prendas de presión durante aproximadamente 23 horas al día, durante aproximadamente 6 a 24 meses después de cierre de la herida hasta que la cicatriz ya no está activa, el tratamiento de las cicatrices con gel o láminas de silicona aplicada diariamente durante mínimo 3 meses produce una mejoría clínica de las cicatrices, especialmente en pacientes con alto riesgo de cicatrización patológica, las evidencias preliminares indican que la sábila (Aloe vera) puede ser efectiva para estimular la cicatrización en quemaduras cutáneas leves y moderadas.

Como tercer punto abarcaremos atención de enfermería en ahogamiento, la fisiología del ahogamiento es diferente si se produce en agua dulce o salada, aunque ambas situaciones conducen a hipoxemia. Si el ahogamiento se produce en agua dulce, altera el surfactante, lo que produce atelectasia y en último término edema pulmonar; el agua salada induce movimiento de líquido a favor del gradiente osmótico, lo que produce inundación de los alveolos por plasma rico en proteínas y edema pulmonar. Entre los síntomas más comunes que presentan estos pacientes a nivel pulmonar son: cianosis, palidez con edema pulmonar, esputos espumosos, estertores, roncus, sibilancias que evolucionan hasta la insuficiencia o el paro respiratorio.

Esta situación puede provocar la muerte inmediatamente o incluso antes de las primeras 24 horas, debido a complicaciones derivadas del ataque hipóxico. Los niños menores de 4 años presentan mayor incidencia de accidentes en piscinas, bañeras o lagos. En cambio, los adolescentes sufren ahogamientos en situaciones relacionadas con la ingesta de alcohol, siendo más prevalente en los varones. La etiología es diversa, ya que puede deberse a traumatismos, convulsiones, intoxicaciones por alcohol, sedantes, extenuación, naufragio o por no saber nadar, entre otros.

Las complicaciones más comunes que suelen presentar son: neumonía por aspiración, necrosis tubular aguda e insuficiencia renal, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, paro cardiorrespiratorio; lesión de la medula espinal, complicaciones de la reanimación in situ, como neumotórax, coagulación intravascular diseminada. Las medidas de reanimación inmediata llevadas a cabo de un modo efectivo mejoran notablemente el pronóstico, estabilizar la vía aérea buscando la permeabilidad de la misma en primer lugar, eliminando cualquier material extraño existente, manteniendo la ventilación y la administración de oxigenoterapia y líquidos, especial atención si presenta traumatismo craneal y lesiones a nivel cervical, hipotermia y barotrauma, adecuada inmovilización durante toda asistencia y traslado a un centro hospitalario, tratar adecuadamente las complicaciones que pueden surgir y controlar y vigilar los signos vitales y la temperatura del paciente.

Como último punto abarcaremos acerca de atención de enfermería en pacientes intoxicados, se definen como intoxicaciones aquellos procesos dañinos provocados por materias inertes. No existe por sí sola una sustancia tóxica, habrá que definir determinadas dosis para que la sustancia que se entienda como tóxica sea dañina, y también la vía de entrada. Así, sustancia, dosis y vía son las características que definen una intoxicación. Su clasificación es: **Intoxicación Aguda:** aparición súbita de un cuadro clínico tras la absorción de una sustancia, se presenta antes de 24 horas tras la administración del toxico. La vía más frecuente es la digestiva y su pronóstico es grave, **Intoxicación Subaguda:** aparición de manifestaciones clínicas en el transcurso de varios días o semanas, no significa que sean de pronóstico menos grave, **Intoxicación Crónica:** la acción del tóxico se produce de forma lenta, debido a que la absorción se produce en pequeñas cantidades, la vía más frecuente es la inhalatoria, **Intoxicación Accidental:** se produce de forma fortuita, sin actuar la voluntad de la persona, dentro de este grupo se incluyen las ocasionadas por iatrogenia.

El primer paso se basa en la restauración y el mantenimiento de la vía aérea, ventilación y circulación, el segundo paso es la Anamnesis: se interroga al paciente, o si no es posible, a sus familiares o acompañantes. Se investigará fundamentalmente sobre: nombre del tóxico y cantidad, tiempo transcurrido desde su administración, vía de entrada del tóxico en el organismo. Hay diferentes entradas del toxico en el organismo como los siguientes: **vía parenteral:** actuación difícil, pues el tóxico pasa directamente al torrente sanguíneo, puede procederse a la aplicación local de frío o la colocación de un torniquete, **vía respiratoria:** se separará al individuo de la atmósfera tóxica y se aplicará oxígeno en concentración que oscilará entre 30-100%, en función del grado de hipoxemia, vía conjuntival: se irriga el ojo afectado con SF o agua durante 15-30 minutos, **vía cutánea:** se retiran las ropas impregnadas del tóxico y se lava la piel con abundante agua y jabón y por ultimo **vía digestiva:** es la puerta de entrada más frecuente del tóxico. El tratamiento es evitar o disminuir la absorción del toxico, colocar al paciente en una posición que lo ayude a tener una mejor respiración.

Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. L. Jiménez Murillo, FJ. Montero Pérez. Edit. Elsevier. 3ª Edición. Pág. 127 Intoxicaciones agudas: actitud diagnóstica y tratamiento general.

<https://www.guiainfantil.com/pauxilios/ahogamiento.htm>

F. del Busto de Prado. Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias Vol. 13, nº 3 Junio 2001: 153-154.