



Nombre de alumno:

**Gabriela García León.**

Nombre del profesor:

**Lic. Rosario Cruz Sánchez.**

Nombre del trabajo:

**Ensayo Urgencias y desastre.**

Materia:

**Enfermería en urgencias y desastres.**

Grado: **7mo Cuatrimestre.**

Grupo: **A**

Pichucalco; Chiapas a 12 de octubre 2020.

## Atención de Enfermería al Paciente Politraumatizados.

Se llevan a cabo una serie de procedimientos al mismo tiempo para evaluar y estabilizar la condición extremadamente grave del paciente.

Objetivo: Brindar servicios de enfermería y comprender los puntos clave de la atención de los pacientes lesionados que amenazan la vida.

La evaluación inicial incluye recopilar la información más rutinaria sobre el paciente; la vida del paciente puede depender de la evaluación.

Esto incluye la identificación rápida y el tratamiento de las lesiones que representan una amenaza importante, por lo que, mediante la planificación, el control de las vías respiratorias, la respiración y la circulación se realizan de manera ordenada y sistemática. También es importante evaluar una posible lesión de la médula espinal. El estado neurológico y la exposición del paciente.

En primer lugar, siempre debemos tomar medidas para proteger al paciente, teniendo en cuenta que el paciente puede tener una lesión en la columna cervical. Evaluaremos la permeabilidad y estabilidad de la vía aérea, fundamental para el cuidado de pacientes politraumatizados. Por ello, hemos establecido comunicación con el paciente, si está consciente y responde de forma normal y coherente con la voz, significa que la vía aérea está abierta y el cerebro perfundido.

En caso contrario, si el paciente está inconsciente se debe revisar su vía aérea, para ello levantaremos el mentón (movimiento del mentón de la frente) para evitar la succión bronquial, la lengua se inclina hacia atrás y permite que entre mejor aire. Al tirar de la barbilla, la cabeza y el cuello no deben estirarse demasiado.

Esta tracción la realizaremos bajo el control de la columna cervical y posteriormente colocaremos un collar rígido. Revisaremos la boca en busca de objetos extraños que puedan obstruir la entrada de aire. Si la vía aérea está bloqueada, utilizaremos el dedo índice para retirar los cuerpos extraños. Colocaremos una cánula orofaríngea o cánula de Guedel y succionaremos las posibles secreciones.

Es decisivo descartar de forma contundente cualquier lesión en el pecho. Comprobaremos si el paciente ha recibido una buena circulación de aire y si su tracto respiratorio es permeable.

Las principales patologías a descartar en este paso: neumotórax a tensión, neumotórax, dilatación, rotura de costillas y vía aérea. Una vez descartada la lesión, proporcionaremos al paciente oxígeno de alto flujo (según sea necesario) y lo monitorizaremos mediante un pulsómetro de acuerdo con la normativa.

Permitir a los pacientes perfundir bien la sangre en los tejidos y evitar complicaciones relacionadas con la pérdida de sangre. Primero, comprobaremos si la aorta tiene pulso, evaluaremos el nivel de conciencia del paciente, controlaremos el sangrado externo y monitorizaremos los signos vitales: pulso y presión arterial. Evaluaremos tono de piel, sudoración, temperatura y llenado capilar.

Utilizaremos catéteres cortos de calibre 14 o 16 y catéteres cortos gruesos para guiar dos venas periféricas, si esto no es posible, se debe colocar una línea media ósea o intraósea para que se puedan utilizar medicamentos y suero. Evaluar la transfusión de sangre. Recolectaremos muestras de hematocrito, hemoglobina, pruebas cruzadas y toxicología. Controlaremos la hipotermia. Evaluaremos la posición del catéter.

Evaluar la función neurológica del paciente. Monitorizaremos el estado de alerta y evaluaremos las respuestas a los sonidos, el dolor y los estímulos, para ello utilizaremos la Escala de Glasgow y la semiótica de la pupila (simetría, tamaño y respuesta a la luz de la pupila).

La valoración secundaria no se inició hasta que se resolvió la evaluación preliminar y los principales problemas. Una vez que se alcanza el objetivo, realizaremos algunos exámenes físicos que incluyen la vista (examen), el oído (autenticación) y el tacto (palpación), y una evaluación secundaria de la cabeza y la cola, incluidos los signos vitales y exámenes neurológicos. Busque lesiones no encontradas en la evaluación inicial.

Conozca su historial médico: busque y descarte lesiones específicas, obtenga más información, alergias a medicamentos, medicamentos habituales, historial médico y quirúrgico, eventos previos al accidente y finalmente comidas.

Realice un examen físico completo, evalúe si hay una quemadura, prepare al paciente para un examen complementario y coordine el traslado del paciente a la sala, quirófano o unidad de cuidados intensivos.

En el examen físico examinaremos: cabeza y rostro, columna cervical y cuello, tórax y espalda, abdomen y pelvis, perineo, recto y vagina, músculos esqueléticos y sistema nervioso.

En la evaluación secundaria, también se realizaron exámenes neurológicos básicos: apertura de párpados, respuesta motora y respuesta del habla.

En pacientes con múltiples traumatismos, la reevaluación constante y la monitorización constante: frecuencia respiratoria, pulsioximetría, tensión arterial y monitorización cardíaca son fundamentales.

Una vez que la condición se estabilice, se continuará remitiendo al hospital de referencia. El hospital de referencia ha sido informado de la admisión y se comunicará con el médico y la enfermera responsables. El paciente será trasladado junto con el paciente para registrar y registrar todas las ocurrencias y eventos anteriores. Todos los datos del paciente registrados.

## Atención de Enfermería en pacientes quemados.

Las quemaduras son daños físicos a la piel que pueden afectar a otros tejidos, no intervienen fuerzas mecánicas, pero son generadas por agentes físicos (a veces producidos por agentes químicos), con extensión y profundidad variables.

Sus principales características son la desnaturalización de las proteínas, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que hará que la piel pierda continuidad.

Objetivos:

- Garantizar una atención adecuada
- Aliviar los síntomas
- Promover la cicatrización de las heridas
- Prevenir las complicaciones (infección, cicatrices)
- Prevenir el tétanos.

En pacientes quemados que queman e inhalan sustancias tóxicas (fuego), se debe considerar que el oxímetro de pulso detecta la carboxihemoglobina (intoxicación por monóxido de carbono) como oxihemoglobina porque absorben longitudes de onda similares, lo que lleva a una sobreestimación de la saturación de oxígeno.

En quemaduras eléctricas:

-En este tipo de quemaduras, la necesidad de reposición de líquido es mayor que en otros tipos de quemaduras porque la mayoría el daño es interno.

-En la evaluación y primera intervención, se debe considerar que pueden ir acompañadas de manifestaciones cardíacas relacionadas (taquicardia, arritmia, temblor), musculoesqueléticas (tics, fracturas, luxaciones, necrosis muscular y rabdomiólisis), riñones (Insuficiencia renal secundaria a mioglobinuria), etc.

Realice la primera valoración según el plan ABCD:

-A (Airway): Abra y limpie las vías respiratorias.

-B (respiración): respiración. Descubra la cavidad torácica y compruebe si las dos cavidades torácicas están expandidas completa y uniformemente.

-C (ciclo): ciclo. Controle y trate el sangrado causado por otras lesiones. Evaluar el pulso y la circulación.

-D (discapacidad): estado del sistema nervioso. Determinar el estado de conciencia.

Si es necesaria una hidratación activa, se deben usar dos vías intravenosas de gran calibre en áreas de piel sana (lo más lejos posible de la piel quemada a más de 5 cm).

Administrar los analgésicos designados y evaluar su efectividad y reacciones secundarias. Preferiblemente, la administración debe ser intravenosa, ya que la absorción por vía intramuscular es lenta en la zona hinchada.

Deben retirarse, anillos, relojes, pulseras y cualquier otro elemento antes de que las zonas comiencen a inflamarse.

Realice un seguimiento de los signos vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.

Si se produce edema, levante el área afectada para evitar el síndrome compartimental. Quema la cara, levanta la cabecera / camilla unos 30°

En fuego directo o quemaduras causadas por contacto:

-Durante las primeras tres horas después de la quemadura, enjuague la quemadura con cloruro de sodio frío al 0,9% (15 grados) durante unos 20-30 minutos, ya que esto puede reducir la gravedad del daño tisular y el edema.

-No use agua helada, porque una vasoconstricción fuerte puede hacer que las quemaduras progresen y aumentar el riesgo de hipotermia.

-Si la temperatura corporal del paciente es igual o inferior a 35°C, detenga la irrigación inmediatamente.

En quemaduras químicas:

-Utilice equipo de protección adecuado.

-Si es posible, determine la causa de la sustancia química y corte la ropa para evitar tocar tejidos sanos.

-Si los químicos involucrados están en forma seca, cepille los químicos de la piel y enjuague las quemaduras con agua a baja presión en grandes cantidades durante 30 a 60 minutos.

-Si la temperatura corporal del paciente es de 35°C o menos, detenga la irrigación inmediatamente.

-No intente neutralizar productos químicos. La reacción exotérmica que provocan genera calor y agrava la lesión inicial, y también retrasa la retirada del fármaco.

Si el alquitrán ha causado quemaduras, no intente quitarlo. Primero se debe enfriar para liberar el calor residual y luego se debe eliminar con la ayuda de un emulsionante.

-Los ojos quemados requieren mucho enjuague continuo, preferiblemente a través de una bolsa / botella de suero intravenoso de cloruro de sodio al 0,9% conectado al sistema de infusión.

Este proceso requiere girar el párpado superior y tirar hacia abajo del callejón sin salida, o usar un espéculo para mantenerlo abierto durante el proceso de lavado.

En las quemaduras eléctricas de alto voltaje, se debe realizar un electrocardiograma para encontrar arritmia.

Las quemaduras en los genitales (pene y vulva) pueden requerir la colocación de un catéter de Foley para mantener la uretra abierta.

En quemaduras graves, según prescripción médica, se deben prevenir las úlceras gástricas (úlceras de Curling).

Mantenga a las personas calientes, la hipotermia es fácil de desarrollar, especialmente en los niños.

Valorar la coexistencia de otras enfermedades, como diabetes, cirrosis, cardiopatías y lesiones relacionadas con quemaduras, como traumatismos o lesión interna.

Para controlar la producción de orina, los adultos deben ser superiores a 40-50 ml / hora (las quemaduras eléctricas deben ser superiores a 75-100 ml), los niños deben ser superiores a 1 ml / kg / hora.

Evalúe la necesidad de prevenir el tétanos.

## Atención de Enfermería en pacientes quemados

Si el ahogamiento ocurre en agua dulce o salada, el mecanismo fisiológico de inmersión será diferente, aunque ambas condiciones pueden conducir a hipoxemia. Si se ahoga en agua dulce, cambiará el surfactante, causando atelectasia y eventualmente edema pulmonar. El agua salada hace que el líquido descienda por el gradiente osmótico, lo que produce plasma rico en proteínas y edema pulmonar, lo que provoca congestión alveolar.

Los síntomas más comunes de estos pacientes en los pulmones son: cianosis, tez pálida con edema pulmonar, espuma de esputo, albahaca, bronquitis, sibilancias, desarrollo de insuficiencia respiratoria o paro respiratorio. También son frecuentes las convulsiones, cambios en el estado mental, incluso estupor o coma, y otros signos neurológicos focales que reflejan hipoxia y edema cerebral. En casos raros, pueden causar arritmias y paro cardíaco

Las medidas de reanimación efectivas de inmediato pueden mejorar significativamente el pronóstico de los niños.

Para estabilizar la vía aérea, es fundamental buscar primero la ventilación, eliminar los cuerpos extraños existentes, mantener la ventilación y realizar la oxigenoterapia y la infusión.

Si tiene traumatismo craneoencefálico, lesión cervical, hipotermia y barotrauma, preste especial atención.

Arregle completamente el cuello durante toda la asistencia y luego transfíéralo al hospital.

El tratamiento puede resultar de hipoxia pulmonar o edema cerebral secundario a episodios hipóxicos.

Controle y monitoree los signos vitales y el control de temperatura.

## Atención de Enfermería en Pacientes Intoxicación.

El envenenamiento es una manifestación clínica que se presenta en el organismo del paciente por la entrada de sustancias naturales o sintéticas, dependiendo de su grado de toxicidad, la sustancia puede causar daño o alteración de funciones vitales, parcial o fatal.

Objetivo: La enfermera (o) determinará el orden de atención del paciente envenenado. No hay duda de que para el personal médico del servicio de urgencias es importante determinar la causa de la intoxicación, y el tratamiento y las intervenciones de enfermería dependerán básicamente de la sala de urgencias.

Evaluación diagnóstica de rutina

Anamnesis:

- Sustancia, vía de exposición, formulación y posología.
- El tiempo transcurrido desde la exposición.
- Causa accidental, deliberada, error de gestión.
- Historia médica personal relacionada con patología psiquiátrica y / o Envenenamiento.

Exploración física:

-Inspección de la piel: rojo cereza (monóxido de carbono), cianosis achocolatada (tóxicos metahemoglobinizantes).

-Ampollas cutánea: barbitúricos, CO.

-Sudoración intensa: salicilatos, organofosforados.

-Exploración cavidad oral: causticación. -Aliento: betún (cianidas), insecticidas(paratión), limpieza (tetracloruro de carbono), almendras amargas(cianuro)...

Estrategia terapéutica: Antídoto, principios básicos de reanimación: vía aérea, ventilación y circulación. Carbón activado, descontaminación, eliminación potenciada del tóxico.

Eliminar sustancias tóxicas

Incrementa la eliminación renal. Preparar el equipo para la colocación del catéter de foley.

Gestión de colocación y solución.

Reducir la absorción intestinal del hígado (utilizar carbón activado para diálisis gástrica).