

Nombre de alumnos: Rafael Alejandro Velazco Bermúdez

Nombre del profesor: Lic. Rosario Cruz Sanchez

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Enfermería en Urgencias y desastres

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7mo Cuatrimestre

Grupo: "A"

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 Pre-hospitalario, así como para realizar una buena actuación integral del paciente. Aunque dentro de los Equipos de Emergencias el planteamiento de actuación está siempre dentro del trabajo en equipo y en la coordinación de sus distintos miembros. No debemos olvidar que El proceso de Atención de Enfermería es el esquema fundamental para nuestra actuación. De su desarrollo, junto con el trabajo en equipo dependen la calidad de nuestras actuaciones profesionales, así como el bienestar, el restablecimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves. Se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y/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, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente. En un Sistema Integral de Emergencias, como sistema se debe establecer un orden de prioridades desde el primer Enfermero y equipo sanitario que asiste al sujeto. El reconocimiento primario y secundario realizado de forma sistemática, constante y protocolizada, cumple la misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamientos y cuidados. Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados, para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado. El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona.

El enfermero está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento. Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio. Esto es el ¿respira?, ¿tiene pulso?, collarín cervical y oxigenoterapia, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación.

Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible. También valoraremos el color de la piel, relleno capilar, tamaño pupilar y su respuesta a la luz, así como el nivel de conciencia.

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. En pacientes quemados con inhalación de sustancias tóxicas (incendios) se debe tener en cuenta que el pulsioxímetro detecta la carboxihemoglobina (intoxicación por monóxido de carbono) como oxihemoglobina debido a que absorben longitudes de onda similares, dando como resultado una sobreestimación de los valores de saturación de oxígeno. *f* En quemaduras eléctricas:

- En este tipo de quemaduras las necesidades de reposición de líquidos son superiores a otro tipo de quemaduras, ya que la mayor parte de las lesiones son internas

Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD:

- A (Airway): Vía aérea abierta y limpia.
- B (Breathing): Respiración. Descubrir el pecho y comprobar la expansión adecuada y equitativa de ambos hemitorax.
- C (Circulation): Circulación. Comprobar y tratar la presencia de sangrado debido a otras lesiones. Valorar el pulso y la circulación periférica.
- D (Disability): Estado neurológico. Determinar el estado de conciencia.

En caso de que sea necesaria la reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre, siempre que sea posibles en zonas de piel sana, preferiblemente a más de cinco centímetros de la piel quemada. Administrar el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias. Preferiblemente la administración debe ser por vía endovenosa, dado que la absorción por vía intramuscular es lenta en zonas edematizadas. Retirar cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo objeto ó ropa antes que la zona comience a inflamarse. Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.

Si el edema está presente elevar la zona afectada para evitar el síndrome compartimental. En quemaduras en la cara elevar la cabecera de la cama/camilla unos 30°C. En quemaduras causadas por fuego directo o por contacto: En las primeras tres horas tras producirse la quemadura, irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío 15 grados durante unos 20 - 30 minutos ya que reduce la severidad del daño tisular y el edema. No utilizar agua helada, debido a que la vasoconstricción intensa puede causar la progresión de la quemadura y también aumenta el riesgo de hipotermia. Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C. En quemaduras químicas: Utilizar el equipo de protección adecuado. Si es posible, determinar la sustancia química causante, retirar la ropa cortándola para evitar el contacto con tejidos sanos. Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel, e irrigar copiosamente la quemadura con agua a baja presión por un periodo de tiempo de entre 30 a 60 minutos. Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C. No tratar de neutralizar las sustancias químicas. La reacción exotérmica que provocan genera calor y puede agravar la lesión inicial, además de retrasar la retirada del agente. En caso de que la quemadura haya sido producida por alquitrán, no intentar retirarlo. En primer lugar debe ser enfriado para liberar el calor retenido, y después debe ser retirado con ayuda de emulsionantes. Las quemaduras en los ojos requiere de una copiosa irrigación continua, preferiblemente a través de un bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión. El procedimiento requiere dar la vuelta al párpado superior y tirar hacia abajo del fondo de saco, o el uso de un espéculo de ojo para que este permanezca abierto durante la irrigación.

Un ahogamiento se produce tras un episodio de inmersión de la víctima. Esta situación puede provocar la muerte inmediatamente o incluso antes de las primeras 24 horas, debido a complicaciones derivadas del ataque hipóxico. 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. 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 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

La etiología es diversa, ya que puede deberse a traumatismos, convulsiones, intoxicaciones por alcohol, sedantes, extenuación, naufragio o por no saber nadar, entre otros. 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. Es frecuente también la aparición de convulsiones, cambios en el estado mental, incluso estupor o coma, acompañados de otros signos focales neurológicos que reflejan hipoxia y edema cerebral. En ocasiones, menos frecuente, producen arritmias cardíacas y asistolia

Las medidas de reanimación inmediata llevadas a cabo de un modo efectivo mejoran notablemente el pronóstico del niño.

- Imprescindible 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 del cuello durante toda asistencia y traslado a centro hospitalario.
- Tratar las complicaciones que puedan surgir, derivadas del pulmón, o del edema cerebral secundario a ataque hipóxico.
- Control y vigilancia de constantes vitales, así como, control de la temperatura.

Entendemos como sustancia tóxica o veneno a cualquier sustancia que al introducirse en nuestro organismo produce efectos nocivos sobre nuestra salud produciéndose una intoxicación. En el medio laboral es donde más intoxicaciones se pueden producir por los productos químicos que se utilizan o almacenan en la industria, a veces incluso son desconocidos por los trabajadores, no saben que son tóxicos o aunque sepan que están trabajando con sustancias tóxicas no han recibido instrucciones para manipularla en condiciones de seguridad. También se pueden producir intoxicaciones laborales por incendios o accidentes que haga que se rompan los recipientes y los productos químicos se derramen o que los gases pasen a la atmósfera.

La exposición a un producto químico puede producirse de dos formas: Exposición aguda: la intoxicación se produce en un único contacto de segundos, minutos, horas. Exposición crónica: el contacto dura días, semanas, horas. Este contacto puede ser continuo o en intervalos. La sustancia se va acumulando hasta que llega a unos niveles en los que se produce la intoxicación.

La intoxicación se producirá, sin tener en cuenta las vías de penetración, cuando la sustancia tóxica llegue al torrente circulatorio y se distribuya por todo el cuerpo. Las vías de penetración más comunes para que se produzca una intoxicación laboral son: Vía oral. Una de las formas más frecuentes de producirse intoxicaciones es cuando los trabajadores no se lavan las manos para comer, beber, fumar después de haber utilizado productos químicos, o por ingesta accidental. Mecanismo de producción: la sustancia tóxica llega al estómago donde es digerida y pasa al intestino, ahí será absorbida y pasará al torrente circulatorio. Vía respiratoria. Mecanismo de producción: cuando los tóxicos en forma de gas, vapor, polvo o humo llegan a los bronquiolos y alvéolos que están más irrigados, pero para que lleguen a estas zonas las moléculas tóxicas deben ser muy pequeñas, en caso de que sean grandes se quedarán en la garganta y nariz. Contacto cutáneo. Mecanismo de producción: la piel tiene función protectora pero al presentar alguna herida disminuye la barrera contra la entrada de sustancias tóxicas. También comentar que las sustancias tóxicas traspasan mejor la piel sudorosa, húmeda y caliente porque aumenta la porosidad de la misma. Algunas sustancias tóxicas se descomponen, principalmente en el hígado, en otros compuestos químicos denominados metabolitos. Éstos pueden ser más o menos perjudiciales que la sustancia madre y en el caso de que el nivel de metabolitos sea muy elevado la intoxicación se producirá más tardíamente o se prolongará en el tiempo. Todas

estas sustancias pueden eliminarse por la orina, las heces, el aire expulsado, el sudor e incluso por la leche materna en caso de que la mujer esté embarazada

La enfermera (o) determinará la secuencia de atención en los pacientes que presentan intoxicación. Sin duda alguna determinar el factor que originó la intoxicación es de suma importancia para el personal médico y de enfermería que labora en el servicio de Urgencias, de ello dependerán básicamente las medidas terapéuticas e intervenciones de enfermería. Sin embargo, se propone a continuación una secuencia general en el cuidado de los pacientes que ingresan al servicio de Urgencias con intoxicación:

El éxito del tratamiento dependerá de la precisión, oportunidad y eficacia con el que se resuelvan y mantengan estables la vía aérea, ventilación y circulación, se califique el nivel de conciencia y exista un buen control de la temperatura.