



**Nombre del profesor:**

Rosario Cruz Sánchez

**Nombre del trabajo:**

Ensayos

**Nombre de alumno:**

Eliset López Álvarez

**Materia:**

Enfermería en urgencias y desastres

**Grado: 7mo cuatrimestre**

**Grupo: A**

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADOS, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PX QUEMADOS, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS**

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. 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. 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. 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, 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.

(Salud, 2007)

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. Unos de sus objetivos son garantizar una atención adecuada, aliviar los síntomas, promover la cicatrización de las heridas, prevenir las complicaciones (infección, cicatrices), prevenir el tétanos. 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. En quemaduras eléctricas las necesidades de reposición de líquidos son superiores a otro tipo de quemaduras, ya que la mayor parte de las lesiones son internas. En la valoración y primera intervención hay que tener en cuenta que pueden ir acompañadas de manifestaciones asociadas cardiacas como taquicardia, arritmias, fibrilación, osteomusculares, tetania, fracturas luxaciones, necrosis muscular y rbdomiolisis, fallo renal secundario a mioglobinuria, etc. 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. Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos. No utilizar agua helada, debido a que la vasoconstricción intensa puede causar la progresión de la quemadura y también aumenta el riesgo de hipotermia. En quemaduras eléctricas de alto voltaje se debe realizar un electrocardiograma para detectar arritmias. Las quemaduras en genitales pueden requerir colocación de una sonda de Foley para mantener la permeabilidad de la uretra. En quemaduras mayores administrar profilaxis de la úlcera gástricas por estrés, según prescripción médica. (Revista, 2016)

Los ahogamientos suponen un 7% de todas las muertes relacionadas con traumatismos, correspondiéndose con la tercera causa de muerte por traumatismo no intencional en el mundo. La secuencia de acontecimientos del ahogamiento comienza con una inmersión inesperada, seguida por una rápida retención de la respiración, apnea voluntaria y pánico. A continuación, se produce una necesidad de aire que obliga a la víctima a respirar, con lo que se producen aspiración y laringoespasma. Después se produce hipoxia, pérdida de la conciencia, aspiración activa de líquido, convulsiones y muerte en un pequeño número de víctimas, el laringoespasma intenso provoca hipoxia, convulsiones y muerte en ausencia de aspiración activa. El ahogamiento es la tercera causa de muerte accidental. Los grupos con mayor riesgo son los niños de menos de cuatro años, los adultos jóvenes de 15 a 25 años y los ancianos. Hay que pensar siempre en la posibilidad de inmersión secundaria a crisis epiléptica, infarto agudo de miocardio, enfermedades neuromusculares, enfermedades psiquiátricas: depresión, suicidio, ansiedad, crisis de pánico, diabetes. Hipoglucemia, ingesta de alcohol y drogas. La exploración inicial de la víctima en el lugar de los hechos tiene tres prioridades: la primera es valorar la vía aérea, la ventilación y la circulación; tratar la hipoxia y proteger la columna cervical. El rescate debe realizarse moviendo al paciente lo menos posible y cuanto antes. Las maniobras de resucitación se deben realizar en cuanto se acceda al paciente (boca a boca) o sea posible aplicarlas con efectividad. Inmovilizar la columna cervical. Si es posible, con el accidentado en decúbito prono para prevenir la hipotensión y colapso vascular que puede sufrir por el cambio relativo en la presión que rodea el cuerpo al sacarlo del agua. Las técnicas de drenaje de líquido no están indicadas porque no son eficaces, pueden resultar peligrosas, ya que aumentan el riesgo de aspirado y vómito, y retrasan la aplicación de la ventilación y masaje cardíaco. Si hay partículas de material extraño que obstruyen la vía respiratoria, se realizará maniobra de Heimlich. Si el paciente está consciente administrarle oxígeno con mascarilla al 100%. Realizar monitorización con pulsioximetría. Si el paciente permanece disneico o tiene una saturación baja, aplicar CPAP si se puede. Si no mejora, realizar intubación temprana. (Górriz, 2019)

La intoxicación es una de las situaciones clínicas clásicas en la Medicina de Urgencias, sin embargo, es en estos es dónde son tratadas la mayoría de las intoxicaciones, bien por su potencial gravedad inicial o bien por la necesidad de valoración por un psiquiatra en el caso de intención auto lítica. Las vías de exposición a los tóxicos más frecuentes son vía oral, mucosa ocular, inhalatoria, contacto cutáneo, varias vías de entrada y otras vías de exposición. Los lugares donde se producen más habitualmente las intoxicaciones agudas son domicilio u otros lugares como centro docente, hospital, centro penitenciario. A pesar de la enorme cantidad de tóxicos existentes. En nuestro medio la distribución de las mismas son medicamentos, productos de limpieza, otros productos del hogar, plaguicidas, productos cosméticos, productos industriales, productos no clasificados, varios productos de diferente categoría, plantas, animales, drogas de abuso, alimentos, setas. Todos los pacientes expuestos a un tóxico, deben ser sometidos a una rápida valoración clínica de sus funciones vitales como cardiorrespiratoria y neurológica, a un apoyo sintomático de aquellas funciones que se encuentren comprometidas mediante oxigenoterapia, expansores plasmáticos, etc. Y en caso necesario, a unas medidas de tratamiento específico antídotos y de descontaminación. La valoración de las funciones vitales, incluye en primer lugar, la constatación de que la vía aérea se encuentra libre. Ventilación y oxigenación si se constatan signos o síntomas de disminución de la ventilación y la oxigenación. Circulación la hipotensión arterial es la manifestación cardiovascular más frecuente en las intoxicaciones. Valoración neurológica existen dos situaciones que expresan una afectación severa del SNC, y que precisan particular atención, como son: el coma y las convulsiones. Valoración metabólica se deberá valorar la presencia de hipertermia o hipotermia. Interrogar al paciente si el paciente está consciente es preciso determinar el fármaco, alimento o producto químico ingerido, inhalado o en contacto con la piel, el tiempo transcurrido desde el primer contacto con el tóxico y el inicio de los síntomas, así como la intención con la que se ha producido. El emético de elección es el jarabe de ipecacuana. Lavado gástrico está indicado tras la ingesta reciente de una dosis tóxica. El carbón activado es un adsorbente muy útil en la mayoría de las intoxicaciones, constituyendo un complemento, e incluso una alternativa, a las maniobras de vaciado gástrico en las ingestas recientes de algunos productos tóxicos. (Zaballos, 2014)

## **BIBLIOGRAFÍA**

Górriz, A. C. (2019). *Ahogamiento y casi ahogamiento*.

Revista, C. (2016). Atención de Enfermería ante el Paciente con Quemaduras. *Ciber Revista*, 1-8.

Salud, M. d. (04 de Junio de 2007). *Guia Clinica*. Obtenido de Guia Clinica:  
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Politraumatizado.pdf>

Zaballos, D. M. (2014). *Manejo General del Paciente Intoxicado*.