



Nombre de alumna: Sara Galilea Martínez Quevedo.

Nombre del docente: Lic. Rosario Cruz Sánchez

Nombre del trabajo: ensayo de atención en enfermería en p.t (quemados, politraumatizados, intoxicados y ahogados)

Materia: Enfermería de urgencias y desastres

Grado: 7to cuatrimestre

ATENCIÓN A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Concepto

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 peligran sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias.

Esta primera fase se denomina valoración, en ella se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregir estos de forma precisa e inmediata. (UDS)

Es el ABC: (A. Control de vía aérea y control cervical, B. respiración, C. circulación con control de hemorragia, D. Discapacidad. -estado neurológico, E. exposición / entorno)

Un resumen la actuación de Enfermería podría ser la aplicación del Collarín, aplicación de oxígeno, monitorización electrocardiográfica (EKG) y pulsioximetría, canalizar vías periféricas, extraer muestra de sangre para determinaciones pruebas, controlar las hemorragia y desnudar al paciente para cambiarlo de ropa si la ocasión lo pide.

A.- Control de la Vía aérea y Cervical.

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 y / o una bronco aspiración

La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos en un poli traumatizado; la utilización de la tracción del mentón con control cervical, es la maniobra de elección para la apertura de la vía aérea. 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.

B.- Respiración.

Hay que valorar la correcta ventilación y el adecuado aporte de oxígeno. Buscaremos las causas que alteran la ventilación y emprenderemos las medidas adecuadas, intubación orotraqueal o drenaje torácico.

C.- Circulación y Control de Hemorragias.

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 la vena ante cubital o venas del antebrazo. Si no es posible el acceso periférico, pensar en el acceso venoso central, siendo las vías de elección siendo la yugular interna, vena femoral, subclavia. Debemos tener en cuenta que la femoral está bastante lejos del corazón, y que para canalizar la yugular interna debemos quitar el Collarín cervical y movilizar el cuello. Otra posibilidad son las vías interóseas, que son de segunda elección.

D.- Evaluación neurológica.

Tras solucionar los problemas vitales se realiza una valoración del nivel de conciencia y pupilas que es valorar traumatismos craneoencefálico (TCE), traumatismo facial y cervical, la respuesta pupilar y movimientos oculares y escala de Glasgow.

Seguidamente se describen todas las medidas y técnicas que pueden ser necesarias en estas circunstancias.

en el manejo de la vía aérea en el paciente con politraumatismo, existe siempre el riesgo de lesión de la columna vertebral y a menos que esto haya sido debidamente descartado, se debe inmovilizar la columna para prevenir daños neurológicos secundarios. Si el paciente está consciente y puede hablar es muy probable que las vías aéreas estén permeables, pero esto no significa que el paciente está respirando satisfactoriamente.

La permeabilidad de las vías aéreas se evalúa mediante la auscultación de ambos pulmones. Un sonido áspero de tono elevado en la inspiración y expiración indica compromiso de las vías respiratorias superiores. La hiperresonancia a la percusión asociada con falta de entrada de aire indica neumotórax, mientras que la matidez y falta de entrada de aire sugiere hemotórax. La presencia de ruidos hidroaéreos intestinales en tórax está indicando ruptura del diafragma.

Las indicaciones de intubación traqueal son: fractura de laringe, quemadura de las vías respiratorias, lesión de cuello o cráneo y puntuación de coma de Glasgow inferior a 8, el apoyo respiratorio tiene por objetivo mejorar el aporte de oxígeno, evitar la hipercapnia y por lo tanto

reducir la presión intracraneal y mejorar la presión de perfusión cerebral, se debe suponer que todos los pacientes con politraumatismo o traumatismo craneal no han evacuado el estómago y pueden sufrir una neumonía aspiratoria durante las primeras 24 horas. Es importante descartar un desequilibrio en el índice ventilación/perfusión ($V=Q$) que puede ser bajo (cortocircuito A-V) o alto (aumento del espacio muerto). Gases en sangre. Una vez que se logró una adecuada ventilación por medio de una cánula, intubación o traqueotomía, es importante el control de los gases en sangre.

Cuando se efectúan transfusiones masivas conviene tener en cuenta las siguientes reglas: la pérdida de 500 cc de sangre = 1g/dl de hemoglobina = 1 unidad de concentrado de glóbulos rojos (CGR), luego de administrar 6 unidades de CGR, agregar 6 unidades de plaquetas y 6 unidades de plasma fresco congelado, se administrara 8 unidades de CGR, agregar 10 unidades de crioprecipitados, se utilizara una aguja 14 G a través de una vena adecuada, la sangre debe estar tibia, las transfusiones masivas con sangre fría favorecen las coagulopatías, se controlara la reposición mediante los siguientes parámetros: llenado capilar, diuresis horaria, presión arterial monitorizada al igual que la frecuencia cardiaca y gases en sangre.

Hipotermia

Se entiende por hipotermia cuando la temperatura central del paciente es $< 35^{\circ}\text{C}$. como el ser humano se maneja con temperaturas constantes para sus funciones enzimáticas, la hipotermia produce una serie de alteraciones que terminan produciendo la muerte del paciente. Estas alteraciones son: (Coagulopatía, acidosis metabólica, arritmias cardiacas, reducción del volumen minuto, reducción de la actividad de las enzimas y reducción del metabolismo)

Tratamiento

El tratamiento consiste en impedir la pérdida de temperatura y generar calor. La pérdida de temperatura se previene aumentando la temperatura ambiental y evitando la exposición prolongada del paciente. La generación de calor se logra con la administración de fluidos intravenosos tibios y frazadas térmicas. Más difícil es el tratamiento de la hipotermia grave ($< 32^{\circ}\text{C}$), junto con las medidas anteriores se debe agregar lavado vesical y peritoneal con líquidos tibios, e incluso circulación extracorpórea. Por el contrario, en el paciente politraumatizado con normotermia o hipertermia y que presenta traumatismo cerebral, está

indicada la hipotermia moderada para reducir la demanda metabólica del cerebro y la presión intracraneal

ATENCIÓN A PACIENTES QUEMADOS

concepto

Las quemaduras son lesiones producidas por diferentes agentes físicos o químicos que producen desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados

SEGÚN LA PROFUNDIDAD:

Quemaduras de Primer grado: Son las más superficiales, dolorosas, y afectan únicamente a la epidermis. Exteriormente se distinguen por ser lesiones eritematosas, levemente inflamatorias, donde se conserva la integridad de la piel. Los ejemplos más clásicos son los de origen solar o por escaldadura de agua

Quemaduras de Segundo grado superficiales: aquellas que dañan el estrato dérmico de forma parcial, afectándose sólo dermis papilar. Suelen aparecer flictenas como resultado del edema subyacente. Son también dolorosas y de aspecto rosáceo, y si se retiran las flictenas la imagen es clásicamente descrita como un «rocío hemorrágico».

Quemaduras de Tercer grado: Aquellas que implican la destrucción del espesor total de la piel. El paciente manifiesta una anestesia local debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, además del resto de anejos cutáneos. Se distinguen por la formación de una escara de consistencia apergamada y de color blanquecino.

Las quemaduras de 4º grado se refieren a situaciones donde el daño se extiende a estructuras profundas como músculos, tendones, hueso, etc. (UDS)

SEGÚN LA EXTENSIÓN:

Es una característica de vital importancia para el pronóstico junto con la localización y el grado de profundidad. Aunque existen en la bibliografía numerosos métodos para calcular la extensión, la experiencia diaria nos demuestra que los métodos más sencillos son los más prácticos debido a facilidad de recordatorio y aplicación. Los más conocidos son:

La regla de los 9 de Wallace: Se usa frecuentemente para valorar grandes superficies de un modo rápido. No se contabilizan aquellas quemaduras de primer grado. En el caso de los niños se debe tener en cuenta que la proporción de la superficie craneal respecto de los miembros inferiores es mayor.

Regla del 1 ó regla de la palma de la mano: instrumento de evaluación rápida de la superficie en quemaduras poco extensas. La palma de la mano del paciente, equivale al 1% de la superficie corporal. Con una sencilla operación de superposición de la mano del paciente que ha sufrido la quemadura se obtendrá el cálculo aproximado.

Quemadura Menor: 15% de SCQ o menos de 1° o 2° grado en adultos, 10% de SCQ o menos de 1° o 2° grado en niños, 2% SCQ o menos de 3er grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)

Quemadura Moderada: 15-25% de SCQ de 2° grado en adultos, 10-20% de SCQ de 2° grado en niños, 2-10% de SCQ de 3er grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)

Quemadura Mayor: > 25% de SCQ de 2° grado en adulto, > 20% de SCQ de 2° grado en niños, > 10% de SCQ de 3er grado en niños o adultos. Todas las quemaduras que involucran ojos, oídos, orejas, cara, mano, pies, periné y genitales. Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras. Quemaduras eléctricas. Quemaduras y trauma concurrente. Quemaduras en pacientes de alto riesgo: diabetes, embarazo, EPOC, cáncer, etc.

Tratamiento

Manejo de quemaduras sin gravedad

Tratamiento de las quemaduras leves:

Se utilizará el enfriamiento con agua durante 15-20 minutos. Las curas y lavados iniciales deben realizarse bajo asepsia rigurosa. Limpieza con agua y jabón de glicerina o con clorhexidina, se desbridará las zonas necróticas y flictenas rotas, se retirará los apéndices pilosos próximos a la herida. Se recomendaba retirar la flictena si el contenido era turbio o existía riesgo de que se rompiese, como en zonas donde hay movilidad de la piel (áreas próximas a las articulaciones).

El bacteriostático de elección es la sulfadiacina argéntica esta se aplica capa de 1-3 mm de espesor y se realiza oclusión con gasa vaselinizada que no provoque daño mecánica, las curas tópicas se realizan cada 12-24 horas salvo si existe afectación facial o genital que se realizan cada 6 horas. Nunca realizar vendaje compresivo. Se pueden realizar cobertura de la quemadura con agentes biológicos o biosinéticos.

Tratamiento de las quemaduras graves.

Se detendrá el proceso de la quemadura quitando toda la ropa, lavando las áreas que entraron en contacto con el producto químico y desconectando la electricidad que provocó la lesión. Conocer las circunstancias en las que se produjo la quemadura, se dará el soporte vital avanzado como si se tratase de un poli traumatizado el (ABCDE)

El primer paso es administrar oxigenoterapia bien por mascarilla tipo Venturi al 50% o por mascarilla tipo reservorio al 100%. Si no se consigue mantener una presión parcial de oxígeno óptima, se procederá a intubación orotraqueal, evitando la utilización de succinilcolina. No debe realizarse una traqueotomía de urgencia, el segundo paso es canalizar vía venosa de gran calibre (mínimo número 16) a poder ser en zona no quemada (nota cualquier paciente con quemadura de más del 20% STQ requiere apoyo circulatorio)

El cálculo de la cantidad de líquidos que se deben administrar se hará en base de la fórmula de Parkland: (Adultos: $4 \text{ ml de Ringer lactato} \times \text{Kg. Peso} \times \% \text{ STQ}$, en los niños: $3 \text{ ml de Ringer lactato} \times \text{Kg. Peso} \times \% \text{ STQ}$, La mitad de las necesidades se administrarán en las primeras 8 horas, la otra mitad en las 16 horas siguientes) La dosis de líquidos es orientativa. Se debe mantener una diuresis horaria de 30-50 ml/h en adultos; 25 ml/h en pacientes con cardiopatía o nefropatía o en niños >2 años. En niños menores de 30 Kg se mantendrá la diuresis en 1ml/kg/h.

El Sondaje vesical y sonda nasogástrica cuando el paciente tiene náuseas, vómitos, distensión abdominal o STQ > 20%.

La analgesia se usará siempre que el paciente presente malestar si el dolor es leve se administrara el METAMIZOL 2 gr iv/ 8 horas o Si el dolor es moderado-grave: TRAMADOL 100mg iv/8horas; MORFINA 2 mgr iv/ mínimo hasta que desaparezca el dolor o dosis máxima de 10 mgr. Si a los 10 minutos continúa con dolor se puede repetir la dosis expuesta. La otra recomendación de medicamentos son el fentanilo produce menor depresión respiratoria y su pico de acción se alcanza más rápido, la gabapentina se suele utilizar para el dolor neurótico, pero se ha visto que es efectivo en el manejo de la hiperalgesia en el quemado disminuyendo las necesidades de morfina. Cuando las quemaduras son profundas y abarcan toda la circunferencia (cuello, miembros superiores, inferiores y pene), puede verse comprometida la circulación de la zona y causar isquemia distal. Es importante vigilar los siguientes signos/síntomas: palidez, cianosis, retraso en el relleno capilar, parestesias, pulso débil o imperceptible y dolor profundo. Ante el hallazgo de éstos debe procederse a la realización de ESCAROTOMÍA para evitar síndrome compartimental. Las incisiones deben extenderse distal y proximalmente a la quemadura sin llegar a la fascia profunda. También en tórax y en cuello ya que se puede comprometer la vía respiratoria.

ATENCION A PACIENTES POR AHOGAMIENTO

Concepto

ahogamiento Muerte por asfixia debida a la inmersión o en el curso de 24hs posteriores, con compromiso respiratorio y sobrevida de al menos 24 horas.

En el manejo a nivel hospitalario se Interrogará sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento: traumatismo (tener en cuenta las posibles lesiones cráneo – encefálicas, medulares, etc), consumo de drogas, enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica, etc). Ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín. (UDS)

La otra consideración es hacerle un examen físico donde el equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente, realizara una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, etc.; el estado neurológico, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación:, apnea, disnea, taquipnea

(atención al uso de músculos accesorios), cuerpo extraño en vía aérea, traumatismo craneoencefálico, cervical de otros órganos, hipotensión arterial, hipotermia, arritmias, alteraciones neurológicas (aplicar escala de coma de Glasgow).

Una vez valorado y estabilizado en la medida de lo posible por un equipo de emergencias entrenado para realizar el SVA, el paciente llegará al hospital donde, en el caso de que se le haya realizado una reanimación o de que tenga un bajo nivel de conciencia se le trasladará a la unidad de cuidados intensivos (UCI), Una vez ingresado en UCI, se procederá a la monitorización del paciente, como es habitual en esta unidad, para posibilitar una vigilancia continua y adelantarse a posibles complicaciones que podrían llegar a ser mortales. Vamos a tratar este tema separando funciones fisiológicas con su posible tratamiento:

Función respiratoria: En los pacientes en los que fracasan las medidas iniciales de oxigenación con mascarilla de oxígeno con reservorio o la ventilación no invasiva (CIPAP, BIPAP), o disminuye el nivel de conciencia debe considerarse la intubación orotraqueal y ventilación precoz. La intubación está indicada en apnea, dificultad respiratoria grave o hipoxemia refractaria al oxígeno.

En cuanto al manejo del enfermo ahogado es fundamental tener en cuenta que la muerte clínica no implica muerte cerebral, especialmente en niños y en situaciones en las que el proceso se enlentece (hipotermia la hipotermia protege al cerebro de la hipoxia, y se han observado recuperaciones completas después de inmersiones en agua muy fría durante más de treinta minutos, intoxicación por barbitúricos, de alcohol, otras drogas...).

Así pues, hay que reanimar siempre, y prolongar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en las situaciones mencionadas, especialmente en la hipotermia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS

Concepto

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. (uds)

Clasificación

Según la rapidez de instauración del cuadro clínico:

Intoxicación Aguda: aparición súbita de un cuadro clínico tras la absorción de una sustancia. Se presenta antes de 24 horas tras la administración del tóxico. 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.

Según su etiología:

Intoxicación Accidental: se produce de forma fortuita, sin actuar la voluntad de la persona. Dentro de este grupo se incluyen las ocasionadas por iatrogenia.

Intoxicación Voluntaria: cuando se ingiere un tóxico con fines suicidas por voluntad de la propia persona.

Intoxicaciones Intencionales: son las llevadas a cabo con fines homicidas.

Tratamiento ante un paciente intoxicado

El control del paciente con una intoxicación aguda comprende 5 fases:

Valoración diagnóstica general.

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, antecedentes personales relacionados con patología psiquiátrica y/o intoxicaciones previas.

Exploración física

Valoración de ABC.

Valoración neurológica: estado de conciencia, focalidad neurológica, coexistencia con otras lesiones como TCE, tamaño y reactividad pupilar: midriasis (cocaína, anfetaminas, antidepressivos tricíclicos, etc) y miosis (opiáceos, organofosforados, etc.)

Exploración general

Se Inspeccionará al paciente por el aspecto de coloración de la piel por ejemplo rojo cereza es intoxicación aguda por monóxido de carbono, cianosis achocolatada que es causada por tóxicos metahemoglobinizantes, si presenta ampollas cutáneas es causa de barbitúricos, CO, si hay sudoración intensa es debido a los salicilatos, organofosforados, etc.

Se tomará en cuenta la exploración de la cavidad bucal para saber qué tipo de sustancias toxicas bebió el aliento del paciente a betún (cianidas), a insecticida (parathión), a limpieza (tetracloruro de carbono), a almendras amargas (cianuro), olores característicos (éter, trementina, gasolina, etc.).

La auscultación cardiorrespiratoria detectará la existencia de arritmicidad del pulso o signos de edema pulmonar, en la exploración abdominal se encaminará o descartará el abdomen agudo, por consiguiente, la exploración de extremidades determina el tipo de lesiones por picadura o mordedura de arácnidos y reptiles.

Tratamiento general.

El tratamiento primordial es evitar o disminuir en lo posible la absorción, dependiendo de la vía de entrada del tóxico, Si es por vía parenteral la actuación es difícil, pues el tóxico pasa directamente al torrente sanguíneo. Puede procederse a la aplicación local de frío o la colocación de un torniquete, en la 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, en la vía conjuntival se irriga el ojo afectado con SF o agua durante 15-30 minutos, en la vía cutánea: se retiran las ropas impregnadas del tóxico y se lava la piel con abundante agua y jabón, en la vía digestiva es la puerta de entrada más frecuente del tóxico el vaciado gástrico está indicado si el tiempo tras la ingesta no ha superado las 3 horas. Puede realizarse de dos modos: Provocando el vómito con jarabe de ipecacuana o estimulando la úvula y la aspiración

En el lavado gástrico se colocará al paciente de decúbito lateral izquierdo en Trendelenburg con las rodillas flexionadas, introduciendo la sonda con vaselina, se aspira con jeringa (se envía muestra al laboratorio) para el lavado se introducen 300cc de SSF y se extraen repetidamente hasta conseguir un líquido claro, en niños se introduce 50cc/Kg de peso y se mezcla con agua.

El vaciado gástrico está contraindicado en: intoxicaciones no digestivas, cuando ha pasado mucho tiempo tras la ingesta, en pacientes en coma (aspiración) cuando hablamos de provocación del vómito, en pacientes con convulsiones, con productos derivados del petróleo (aspiración de vapores) y con productos cáusticos y detergentes espumantes.

Además, también puede evitarse la absorción por vía digestiva favoreciendo el tránsito intestinal rápido, provocando diarrea con purgantes.

En los métodos para eliminar el tóxico absorbido depende de la localización si es por inhalación se elimina por vía respiratoria, ello se favorece administrando oxígeno mediante mascarilla tipo Ventura (Ventimask) al 50%, en los riñones se usara dos métodos por Diuresis forzada que se pretende conseguir una diuresis de 3-5 ml/Kg/h. Contraindicada si existe insuficiencia cardiaca o renal previa. La elección dependerá del tóxico causante de la intoxicación y por Diuresis alcalina se pretende aumentar la eliminación renal. Se trata de conseguir un pH alcalino sin forzar la diuresis. Está indicado para intoxicación por salicilatos. Se administra bicarbonato sódico 1 M según protocolo.

Referencias bibliográficas

- 1.Lorente J. A, Esteban A. «Cuidados intensivos del paciente quemado». Editorial ESPRINGER. Barcelona 1998.
- 2.Baxter C, Shires T.: «Physiological response to crystalloid resuscitation». Ann. N. Y. Acad. Sci. 1968; 150:874.
- 3.Constable J.D.: The state of burn care: past, present and future. Burns 1994; 20 (4):316-324.
- 4.De los Santos González C.E. «Guía Básica para el Tratamiento del Paciente Quemado». 2ª edición. Electrónica. España. Ed. Libros- electrónicos.net. 2004. Disponible en: <http://www.indexer.net/quemados>
- 5.Cañadillas Mathias P, De Juan Huelvas A, Holguin Holgado P, Gómez Morell P. Tratamiento local de las quemaduras. Cobertura en grandes quemados. Sustitutos cutáneos. En: Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). 2001. Manual de Cirugía plástica [en línea]: disponible en: <http://www.secpres.org/documentos>
- 6.Domínguez Roldán JM, Gómez Cía T, Martín Bermúdez R. El paciente quemado grave. En: Barranco Ruiz F. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Alhulia s.l 1999. Disponible en: <http://www.uninet.edu/tratado/c090802.html>

Basado en la antología del libro proporcionado de la universidad sureste:

(UDS)

(UDS)

(UDS)

(uds)