



Nombre del alumno(a):

Raúl Enrique Ortiz Muñoz

Nombre del profesor:

Lic. Rosario Cruz Sanchez

Nombre del trabajo:

Ensayo

Materia: Enfermería en urgencia y Desastres

Grado: séptimo cuatrimestre

Grupo: "A"

Pichucalco, Chiapas a 15 de octubre del 2020

ANTENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAMATIZADOS

Es una Serie de procedimientos que se realizan simultáneamente para evaluar y estabilizar las condiciones del paciente en extrema gravedad. Como cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. Comprenden los traumatismos de cuero cabelludo, cráneo y encéfalo.

No respeta edad o sexo, la mayor incidencia se presenta en varones, mujer de la valoración inicial consiste en recoger la máxima información general del paciente, de esta valoración puede depender la vida del paciente. Y el manejo que se debe tomar es el siguiente:

Está consiste en identificar y tratar rápidamente aquellas lesiones que constituyen una amenaza vital, por lo que se realiza de forma ordenada y sistemática mediante, vía aérea, control respiratorio y circulatorio. También es de gran importancia valorar una posible lesión medular. El estado neurológico y la exposición del paciente.

- 1-Control de vía aérea y control cervical
- 2- Respiración
- 3- Circulación y control de la hemorragia
- 4- Estado neurológico
- 5- Exposición del paciente.
- 6-Control de vía aérea y control cervical.

En primer lugar debemos actuar en todo momento protegiendo al paciente, y teniendo en cuenta que puede tener una lesión de la columna cervical. Valoraremos la permeabilidad y estabilidad de la vía aérea, esto es primordial en la atención del paciente politraumatizado. Para ello establecemos comunicación con el paciente, si este está consciente y contesta con voz normal y con coherencia significa que la vía aérea está libre y la perfusión cerebral es adecuada.

En caso contrario si el paciente se encuentra inconsciente hay que comprobar su vía aérea, para ello elevaremos su mentón (maniobra frente-mentón) para evitar una bronco aspiración, la caída de la lengua hacia atrás y permitir una mejor entrada de aire. Al hacer tracción del mentón, la cabeza y el cuello no debe ser hiperextendido.

Realizaremos esta maniobra de tracción con control cervical, posteriormente colocaremos un collarín rígido. Revisaremos la boca en busca de cualquier cuerpo extraño que pueda estar obstaculizando la entrada de aire, si la vía aérea esta obstruida extraeremos el cuerpo extraño utilizando el dedo índice, colocaremos una cánula orofaríngea o cánula de Guedel y aspiráramos posibles secreciones.

ANTENCION EN ENFERMERIA EN QUEMADOS

Las quemaduras están consideradas como uno de los traumatismos más severos y complicados que existen, debido a las consecuencias físicas y psicológicas que provocan en los pacientes. Las intervenciones de enfermería van encaminadas a realizar un tratamiento eficaz, basado en el conocimiento y juicio clínico, para favorecer el resultado esperado del paciente.

Es propósito es analizar las intervenciones más eficaces para el abordaje de las quemaduras.

Para el manejo del dolor durante los procedimientos terapéuticos en las quemaduras, hay que utilizar analgésicos como la morfina, considerada más eficaz para disminuir el dolor en las quemaduras de segundo grado. De igual forma el uso combinado de analgésicos con ansiolíticos para paliar el dolor y el uso de paracetamol en lesiones menores.

Con respecto al cuidado de la herida ocasionada por la quemadura, algunas de las intervenciones más eficaces son el desbridamiento quirúrgico, también, el desbridamiento encontraron intervenciones de enfermería eficaces para el tratamiento y cuidado de las quemaduras. Algunas estaban encaminadas al manejo del dolor mediante

analgésicos, otras para el cuidado de la herida ocasionada por la quemadura mediante desbridamiento y otras dirigidas hacia los cuidados de la piel mediante el uso de pomadas, apósitos e irrigación. Para las complicaciones, se mostraron eficaces, la reanimación, la movilización temprana y la terapia de arrastre.

ATENCION DE ENFERMERIA EN AHOGAMIENTO

La fisiología del ahogamiento es diferente si se produce en 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 a fisiología del ahogamiento es diferente si se produce en agua, sibilancias que evolucionan hasta la insuficiencia o el paro respiratorio.

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.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS

La intoxicación es aquel procesos dañinos provocados por materias inertes. No existe por sí sola una sustancia tóxica, habrá que determinar 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. En relación a la epidemiología, podemos decir que el 2,5% del total de las consultas de urgencias se deben a intoxicaciones y que de ellas un 10% requieren ingreso, un 15% son de origen etílico y un 7% de origen opiáceo.

El tratamiento es:

Interfiere con circulación entero-hepática.

Impide la absorción, se fija al tóxico.

Eliminación: Barre por efecto mecánico.

Extrae el tóxico del enterocito.

Disminuye la vida media del tóxico.

Dosis de administración del carbón activado

Dosis: 500 mg/kg/peso.

Diluir en manitol al 20% 2 ml/kg/dosis (efecto catártico).

Otros diluyentes: Sorbitol al 70%.

Intervalos de aplicación: Cada 4 a 6 horas.

Tiempo de aplicación: 24 a 36 horas.

El éxito del tratamiento dependerá de que se resuelvan y mantengan estables la vía aérea, ventilación y circulación.

Eliminación del tóxico

Incrementar la eliminación renal. Preparar el equipo para colocación de una sonda de foley

Colocación de una vía intravenosa y la administración de soluciones.