



ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Yazmin Ku Robledo

TEMA: atención de enfermería a múltiples víctimas

PARCIAL: Segundo

MATERIA: Enfermería en urgencia y desastre

NOMBRE DEL PROFESOR: Ruben Eduardo Dominguez Garcia

LICENCIATURA: En enfermería

CUATRIMESTRE: Séptimo

INTRODUCCION:

En la realizacion de este trabajo hablaremos acerca de cuatro temas como lo es, la atención de enfermería al paciente politraumatizado en donde veremos lo que es la evaluación primaria y reanimación, su reevaluación, su tratamiento definitivo, los traumas, el control de la hemorragia, traumatismo melular, traumastismo toracico, pelvico.

Asi como tambien la atención de enfermería a pacientes quemados, veremos su definicion, y su clasificacion de las quemaduras, su agente casual, la gravedad, evaluacion inicial, manejo de las quemadura, y su tratamiento, sus quemaduras especiales.

De igual manera la atención de enfermería en ahogamiento, donde veremos la actuación con el paciente ahogado, y tambien el manejo extrahospitalario, y hospitalario, y tambien funcion respiratoria.

Tambien la atención de enfermería al paciente intoxicado, donde veremos su etiologia, su evaluacion clinica, exploracion fisica, pruebas complementarias, su tratamiento, la valoración clínica y estabilización del paciente, aumentar eliminacion, la intoxicacion medicamentosa aguda.

DESARROLLO:

La atención de enfermería al paciente politraumatizado, en paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida, la evaluación primaria y reanimación es identificar y tratar ABCDE, eso quiere decir; A Vía aérea con control cervical los fundamentos se estructuran en maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia, intubación: Preoxigenar con O₂ al 100%, Sedación (Etomidato 0.3 mgrs/kg = 20 mgrs o Midazolam 0.2 mgrs/kg) y relajación (succinilcolina 1-2 mgrs/kg = 100 mgrs), intubar, comprobar inflar el balón y determinar la posición del tubo: auscultación y monitorización de CO₂ (capnógrafo), Ventilar, B ventilación: exponer y ver si existe deformidad, asimetría en los movimientos, auscultar: simetría o no en ambos campos pulmonares, percutir y palpar, C circulación, mediante datos clínicos que nos dan información en segundos: alteración del nivel de conciencia, frialdad cutánea y diaforesis, taquicardia y taquipnea, hipotensión, disminución en la diuresis. Lo importante la taquicardia es el primer signo de que pueda existir una hemorragia importante ya que se deben perder hasta 1500-2000 cc para que exista hipotensión hipovolémico pérdida de sangre, pérdida de líquidos, y no hemorrágico neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco/Cardiogénico, séptico. D neurológico ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE: mala oxigenación /ventilación, mala perfusión cerebral por shock, hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos, E Desvestir con control de la temperatura en el paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes).

Los anexos a la revisión primaria monitorización cardíaca, pulsioximetría, capnografía, gasometría arterial, sonda vesical, sonda nasogástrica, se hace una revisión de la cabeza a los pies, cabeza: examinar todas las lesiones que puedan existir en el cuero cabelludo, examinación ocular exhaustiva, estructuras maxilofaciales, columna cervical y cuello: sospechar siempre lesión de columna cervical hasta que se demuestre lo contrario, sobre todo en pacientes con alteración neurológica, tórax, abdomen: una exploración inicial normal no excluye una lesión intraabdominal, evaluación neurológica: primero reevaluaremos el estado de conciencia y las pupilas realizando posteriormente un examen neurológico. Anexos a la evaluación secundaria en este momento se podrán realizar todas las radiografías, TAC, angiografía, urografía, ECO transesofágico, que necesitemos según las lesiones del paciente. La reevaluación continua del paciente permite detectar tanto lesiones que habían pasado desapercibidas como cambios en los signos vitales que nos indican que el tratamiento no ha sido efectivo o que no hemos tratado la causa.

El tratamiento definitivo Una vez hemos identificado las lesiones del paciente, determinaremos las necesidades de ese paciente para establecer su tratamiento definitivo: técnicas quirúrgicas, coordinación de los diferentes especialistas, traslado a otro centro especializado, si es necesario.

El trauma facial se clasifica en tres tercios los cuales son: tercio inferior: mandíbula, tercio medio: hueso cigomático, maxilar y huesos nasales, tercio superior: huesos frontales,

tratamiento:

- Es mantenimiento y control de la vía aérea: Primer objetivo. Limpiar la boca y la orofaringe de sangre, así como cuerpos extraños como obstrucción a nivel nasal: la causa más frecuente será la ocupación por sangre, obstrucción a nivel orofaríngeo: colocar la mandíbula en protrusión y traccionar hacia delante la lengua mediante pinzas, obstrucción a nivel laríngeo: muchas veces va a precisar una cricotirotomía.
- Control de la hemorragia: la hemorragia en el traumatizado facial puede ser masiva y si no se trata adecuadamente puede llevar al shock
- Aspiración: es frecuente que este tipo de trauma se acompañe de aspiración de sangre, contenido gástrico, secreciones orofaríngeas o cuerpos extraños especialmente si existe lesiones acompañantes.

El traumatismo medular en la evaluación clínica anamnesis, exploración vertebral, así como también la exploración neurológica: valoración del nivel medular dañado, graduación/gravedad del daño, realizarla de forma “seriada” porque puede progresar. La fuerza muscular: para determinar el nivel motor de la lesión medular se debe considerar el movimiento contra gravedad (3/5), el reflejos: desaparecen durante el Shock medular, cuando este revierte se recuperan con hiperreflexia, el reflejo bulbocavernoso: el estímulo generado sobre el dorso del pene o glándula /vulva da lugar a contracción del músculo bulbocavernoso.

Debemos diferenciar entre dos estados como lo es el Shock neurogénico estado hemodinámico producido por alteración de las vías simpáticas descendentes

provocando hipotensión arterial y bradicardia, y Shock medular es un estado neurológico que conlleva anestesia y parálisis flácida con pérdida de reflejos que evolucionará a estado espástico con hiperreflexia en un segundo estadio. El traumatismo torácico y su diagnóstico temprano es fundamental en el reconocimiento primario los 3 principales elementos que debemos evaluar e identificar en el traumatizado torácico como lo son alteración de la vía aérea: obstrucción y/o alteración de la permeabilidad, disfunción ventilatoria: neumotórax abierto, neumotórax a tensión y tórax inestable, alteraciones en la hemodinámica: hemotórax, taponamiento cardíaco y embolismo gaseoso, así como también el traumatismo abdominal y pélvico en nuestro medio, el más frecuente es el traumatismo cerrado, aunque el penetrante ate la sospecha de lesión abdominal se debe conocer el mecanismo de lesión, traumatismo cerrado: estigmas de cinturón de seguridad, traumatismo abierto comprobar vacunación antitetánica, penetrante, no penetrante, historia del evento y examen físico, entre otros.

La atención de enfermería a pacientes quemados es más que nada una lesión traumática grave, debido a la pérdida de piel, a las alteraciones fisiopatológicas que ocurren en su organismo, el dolor, la complejidad del tratamiento, el tiempo de curación, las secuelas funcionales y estéticas, es por eso que existen una serie de factores pronósticos como la edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión y la existencia de patología previa.

Su clasificación de las quemaduras son extensión es el porcentaje de superficie corporal quemada no es sólo un factor determinante del pronóstico del paciente quemado,

sino que también es necesario para la estimación de las necesidades de líquido en la fase aguda del paciente quemado grave, según la regla de los nueve de Wallace los niños menores de 10 años esta regla se modifica aumentando la cabeza y cuello al 19% y reduciendo cada una de las extremidades inferiores al 13%, y la de profundidad se distinguen cuatro grados según es caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel, y la presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo, por ultimo la profunda se conservan escasos restos de folículos pilosos y glándulas sebáceas y se forman menos flictenas, y el fondo es moteado con áreas eritematosas y otras nacaradas, por lo tanto no forman ampollas, son exudativas y un marcado aspecto rojizo, son muy dolorosas y se sobrepasan el espacio dermoepidérmico y dañan estructuras subyacentes como la grasa, tendones, músculos y hasta estructuras óseas. Son indoloras y subsidiarias de cirugía precoz.

Los agentes causal de las quemaduras pueden ser de flash, son producidas por una breve e intensa exposición a la fuente de calor, que suele ser provocada por ignición o explosión de gases, contacto suelen ser bien circunscritas, de poca extensión, pero profundas, químicas desde que aparece la lesión el daño puede continuar horas, hasta que dicho agente no sea anulado, eléctricas son en general, de poca extensión, pero profundas dependerán de la intensidad de la corriente y de la resistencia del propio individuo, escaldadura son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición. Su gravedad es está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la

localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente.

La evaluación inicial del paciente quemado se hace la ABC, examen general, y historia clínica completa como agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos, etc, así como pruebas complementarias como bioquímica, gasometría con carboxihemoglobina, orina y sedimento, Rx tórax y electrocardiograma en quemaduras eléctricas. Los manejos de las quemaduras como el tratamiento leve es el enfriamiento con agua durante 15-20 minutos, desbridamiento de las zonas necróticas y flictenas rotas, el bacteriostático de elección es la sulfadiacina argéntica, y el tratamiento grave es detener 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, soporte vital avanzado como si se tratase de un politraumatizado, se administrará oxigenoterapia bien por mascarilla tipo Venturi al 50% o por mascarilla tipo reservorio al 100%, canalizar vía venosa de gran calibre mínimo número 16 a poder ser en zona no quemada, cualquier paciente con quemadura de más del 20% STQ requiere apoyo circulatorio, entre otros. Las quemaduras especiales como la quemadura química pueden ser producidas por ácidos o por álcalis, sus medidas generales para el manejo y tratamiento como retirar la ropa al paciente, se realiza lavado abundante con agua durante al menos 30 minutos, el uso de agentes neutralizadores está contraindicado por el riesgo de reacciones exotérmicas que empeorarían el cuadro, las quemaduras por Ácido Fluorhídrico suelen ser muy

dolorosas y de difícil cicatrización, el Alquitrán forma una capa adherida a la piel, así como las quemaduras eléctricas existen las quemaduras por flash eléctrico que son quemaduras térmicas ordinarias y las quemaduras por contacto con un conductor el manejo general de este tipo de quemaduras, debe valorarse como monitorización electrocardiográfica ante el riesgo de arritmias durante 24 horas, sondaje vesical por el riesgo de fracaso renal secundario a la rabdomiolisis producida por la destrucción tisular, debe identificarse la puerta de entrada.

La atención de enfermería en ahogamiento, en la actuación con el paciente ahogado, si hablamos del manejo extrahospitalario debemos tener especial precaución con la columna cervical y, ante la duda, inmovilizarla y actuar como si fuese un lesionado medular realizando la apertura de vía aérea mediante tracción mandibular, respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe, no se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea, masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores, control de la hipotermia ya que a menor temperatura corporal, menos necesidad de consumo de oxígeno, traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación, y a nivel hospitalario interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento en la exploración física el equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizará una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea como la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, etc, así como la termorregulación y la eliminación seria apnea,

disnea, taquipnea, cuerpo extraño en vía aérea, traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos, hipotensión arterial, hipotermia, arritmias, alteraciones neurológicas. La 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), 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, por lo tanto así pues hay que reanimar siempre, y prolongar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en las situaciones mencionadas, especialmente en la hipotermia

La atención de enfermería al paciente intoxicado síndrome clínico que aparece al introducir un tóxico en el organismo ya sea de forma intencionada ó accidental, su etiología si hablamos de accidental puede ser laboral, doméstica, iatrogénica, así como también la intencional drogas, alcohol, autólisis, la actitud en urgencias ante un paciente intoxicado, evaluar la gravedad del cuadro y proporcionar soporte vital si fuese necesario, evaluación clínica general, iniciar medidas terapéuticas de carácter general. La evaluación clínica si hablamos de anamnesis es interrogar al paciente y a familiar/acompañantes como antecedentes psiquiátricos, hábitos tóxicos, intentar identificar tóxico y dosis ingerida, en los signos tóxicos estos son algunos miosis opiáceos, organofosforados, barbitúricos, midriasis barbitúricos, cocaína, anticolinérgicos, LSD COMA ADT, Opiáceos, benzodiacepinas, alcohol, alucinaciones anticolinérgicos, LSD, drogas de diseño, distonías haloperidol, metoclorpramida convulsiones anticolinérgicos, narcóticos, teofilina, isoniacida, taquicardia adt, teofilina, salicilatos, anticolinérgicos,

bradicardia digital, betabloqueantes, antagonistas del calcio, entre otros, la exploración física valoración vía aérea y exploración cardiovascular, exploración neurológica, inspecciones, auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal, exploración extremidades.

Las pruebas complementarias constantes, glucemia capilar, gasometría, EKG. analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con glucemia, urea, creatinina, iones, CK, amilasa, perfil hepático con AST, ALT y bilirrubina. La valoración clínica, ventilación (VM si precisa) y oxigenación, vigilar hipotensión (la más frecuente), arritmias, hidratación, diuresis forzada, medidas antishock, por lo tanto para la disminución absorción de tóxico según vía de entrada se adoptarán las siguientes medidas, vía parenteral frío, torniquete, vía ocular lavado durante 15-30 minutos, vía cutánea retirar la ropa y lavar aplicar glucobionato cálcico, entre otros, y para aumentar la eliminación pulmonar O₂ al 50%, eliminación hepática N-acetil-cisteína flumil antidoto®, eliminación renal: Objetivo diuresis 3-5 ml/Kg/h.

De igual manera si hablamos de la intoxicación de medicamentosa aguda las intoxicaciones por psicofármacos son las más comunes, ya que la intencionalidad que presomina es el intento de suicidio, algunos de esos medicamentos son benzodiazepinas las de acción ultracorta son las más tóxicas y su metabolismo hepático genera metabolitos activos los casos más graves suelen serlo por asociación con alcohol etílico u otros fármacos, barbitúricos la intoxicación más frecuente es por fenobarbital tienen metabolismo hepático y eliminación renal según liposolubilidad, produciendo metabolitos activos, antidepresivos tricíclicos su metabolismo es sobre

todo hepático y clínicamente aparecen agitación y alucinaciones seguidas de depresión de SNC con convulsiones y depresión respiratoria, así como síndrome anticolinérgico y arritmias e hipotensión arterial, litio la dosis tóxica se estima en 100mg/Kg, considerándose niveles tóxicos por encima de 1,5 meq/l medidos tras 12 horas desde la toma del fármaco, intoxicación no medicamentosa son menos frecuentes que las intoxicaciones agudas medicamentosas, pero se asocian a mayor morbimortalidad, etanol es la más frecuente y sus efectos dependen del grado de alcoholemia y de la tolerancia de cada individuo entre otros medicamentos.

CONCLUSION:

En el trabajo realizado hablamos acerca de la atención de enfermería a los pacientes ya sea con enfermedades como politraumatizado, quemados, en ahogamiento, y con intoxicación, ya que es importante entender y saber en como actuar con pacientes que lleguen al hospital con alguno caso de los padecimientos ya mencionado.

Debemos tener en claro como es su tratamiento, en como se clasifican, entre otras cosas, para ayudar ya sea en la recuperación en el paciente.

Referencia:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/81e5dd52d507a361012f462e443a0f55.pdf>