



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA YATZIRI CASTILLO FIGUEROA

TEMA: 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3, 2.4.4

PARCIAL: I

MATERIA: URGENCIAS Y DESASTRES

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 7°

Como introducción de este ensayo los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves. Se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado politraumatizado como aquel paciente que presenta una asociación de múltiples lesiones traumáticas externas e internas, que involucran uno o más órganos, son producidas por un mismo accidente y suponen, aunque solo sea una de ellas, riesgo vital para el paciente. La pauta de actuación inicial ante un paciente politraumatizado será en un primer momento, atender las necesidades básicas del "ABC" de cualquier paciente grave, es decir:

- "A": Mantener vía aérea permeable. (A: vía aérea).
- "B": Mantener correcta ventilación-oxigenación. (B: ventilación).
- "C": Mantener buen control hemodinámico: tratar el shock y controlar puntos externos de sangrado profuso. (C: circulación).

En esta primera valoración terapéutica inicial, común a cualquier paciente grave sea cual sea la etiología de esa gravedad, en un paciente politraumatizado hay que añadir la estabilización y control de la columna vertebral, sobre todo cervical. El mal control cervical es causa de agravamiento de lesiones medulares, pudiendo producirse por una mala praxis la irreversibilidad de una lesión potencialmente recuperable y, en casos extremos, incluso la muerte.

VALORACIÓN PRIMARIA

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 una broncoaspiración. La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos en un politraumatizado; 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, 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.
- 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:

- Vena antecubital.
- Venas del antebrazo

atención de enfermería a pacientes quemados

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.

Hay tres niveles de quemaduras:

- Las quemaduras de primer grado afectan solo la capa externa de la piel. Causan dolor, enrojecimiento e hinchazón.
- Las quemaduras de segundo grado afectan ambas, la capa externa y la capa subyacente de la piel. Causan dolor, enrojecimiento, hinchazón y ampollas. También se llaman quemaduras de espesor parcial.
- Las quemaduras de tercer grado afectan las capas profundas de la piel. También se llaman quemaduras de espesor total. Causan piel blanquecina, oscura o quemada. La piel puede estar adormecida.

Atención de enfermería al paciente con ahogamiento

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. 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.

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.

Estabilización hemodinámica Monitorización cardíaca, verificando pulso y control de la TA. La hipotensión suele responder a fluidoterapia, pero en determinados casos se pueden llegar a usar vasopresores generalmente dopamina, excepto en las intoxicaciones por antidepressivos tricíclicos y fenotiacinas donde se prefiere el uso de noradrenalina. El control y tratamiento de las arritmias se realizará dependiendo del tipo de tóxico.

Control neurológico, Frente a una supuesta intoxicación que provoque un estado de coma, se ha de establecer una valoración del grado de coma (escala de Glasgow) y posteriormente proceder a un diagnóstico diferencial del coma tóxico (el coma tóxico cursa sin localización, debiéndose descartar una lesión estructural de tronco, hemorragia subaracnoidea, meningitis o coma metabólico endógeno).

Estabilizar, controlar y medidas de mantenimiento:

- Preparación del material y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea. La aseguraremos retirando prótesis dentales o hipotéticamente cuerpos extraños de la cavidad bucal, evitando la caída lingual con un tubo de mayo adaptado a cada paciente, colocando al intoxicado en decúbito izquierdo y ligero Trendelenburg (posición de coma), no administrando ninguna sustancia vía

oral, aspirando secreciones y por último intubando al paciente. La intubación no debe ser sistemática, sino que depende de la valoración del estado de coma y de la presencia de reflejos faríngeos defensivos. Ante la duda, siempre es mejor intubar al intoxicado, aunque se precise de un relajante muscular, ya que es la única medida capaz de evitar la broncoaspiración.

Medidas para aumentar la diuresis.

- Depuración renal. Se puede aplicar en aquellas intoxicaciones por tóxicos que se eliminen por orina y que estén parcialmente ionizadas en solución. Evidentemente no se puede aplicar en situaciones de insuficiencia renal, o en situaciones de riesgo de edema agudo de pulmón.
- Depuración extrarrenal si fuese necesario. Existen diferentes técnicas de depuración extrarrenal, que tienen diferentes indicaciones en el tratamiento toxicológico:
- Diálisis peritoneal. No tiene indicaciones de tratamiento en toxicología.
- Hemoperfusión. Su uso se ha ido restringiendo cada vez más, hasta su práctico abandono en la mayor parte de las unidades.