



**Nombre del alumno: Velázquez Vázquez  
Cecilia Jhaile**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo  
Dominguez Garcia**

**Nombre del trabajo: Ensayo**

**Materia: Enfermería en Urgencias y Desastres**

**Grado: 7° Cuatrimestre Grupo: Escolarizado**

**PASIÓN POR EDUCAR**

Frontera Comalapa Chiapas a 16 de octubre de 2021

## **INTRODUCCIÓN:**

El hombre es una criatura indefensa y frágil en el ambiente en el que vivimos, somos propensos a sufrir accidentes, cuando una persona sufre de múltiples traumas (es una herida duradera que puede ser provocada por variadas situaciones).

Ante todos estos factores el personal de salud debe de estar preparado para poder atender a cualquier tipo de traumas.

### 2.4.1.- Atención de Enfermería al Paciente Politraumatizado

Un paciente politraumatizado es aquel paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida.

ABCDE: son los cinco pasos involucrados en la evaluación primaria y que sigue un orden prioritario son (según protocolo Advanced Trauma Life Support [ATLS] del Colegio Americano de Cirujanos)

A= Vía aérea con control cervical: Se estructuran en maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia (siempre con control cervical), revisión de la cavidad oral y valoración de vía aérea definitiva.

#### ➤ INTUBACIÓN:

Alternativas en caso de no intubación: dispositivo bolsa-válvula-máscara.

- ❖ Preoxigenar con O<sub>2</sub> 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 CO<sub>2</sub> (capnógrafo).
- ❖ Ventilar

B=Ventilación: Aun existiendo una vía aérea permeable, la ventilación puede estar comprometida.

¿Cómo comprobamos la 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

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

D=(Disability) Neurológico: Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central) pueda deberse a. Se trata de una exploración neurológica básica y rápida: estado de pupilas y Escala de coma de Glasgow.

- Mala oxigenación /ventilación
- Mala perfusión cerebral por shock
- Hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos

E=Desvestir con control de la temperatura: Para controlar la temperatura debemos: calentar el ambiente, uso de mantas térmicas, calentar sueros y sangre (el suero se puede calentar en un microondas, la sangre precisa calentadores especiales). 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).

Además de es estas acciones se deben de anexar otras:

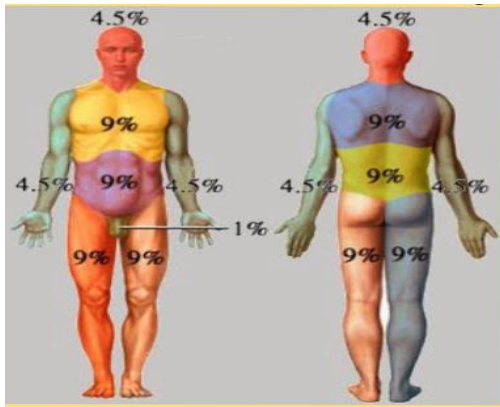
- Monitorización cardíaca
- Pulsioximetría, capnografía, gasometría arterial
- Sonda vesical
- Sonda nasogástrica (si existe sospecha de fractura del etmoides, debe insertarse por vía oral).
- Radiografías y estudios diagnósticos en este momento: la radiografía de tórax y de pelvis en sala de críticos.

**2.4.2.- Atención de Enfermería en Quemados:** Las quemaduras son lesiones traumáticas graves debido a la destrucción de los tejidos.

SE CLASIFICAN POR:

- **EXTENSIÓN:** 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. El cálculo de la extensión se realiza exclusivamente en las quemaduras de segundo y tercer grado

**Regla de los nueve de Wallace:** Consiste en dividir la superficie del cuerpo en áreas equivalentes al 9% de la superficie corporal total quemada (SCTQ)



En 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%.

- **AGENTE CAUSAL:** El más frecuente de las quemaduras es el fuego aun que encontramos a otros.

- Las quemaduras 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. Suelen ser de segundo grado y asociarse a lesiones por inhalación de humos.

- **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. Las lesiones suelen ser profundas, pero con bordes bien definidos
- **ELÉCTRICAS.** Son en general, de poca extensión, pero profundas. Dependerán de la intensidad de la corriente y de la resistencia del propio individuo. La descarga eléctrica podrá haberse alejado del punto de entrada conducida por nervios, vasos y tejidos musculares. Se pueden observar amplias superficies musculares necróticas bajo una piel aparentemente no afectada.
- **ESCALDADURA** son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición

- **GRAVEDAD:** determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente

## Quemaduras especiales:

- Quemaduras químicas: Pueden ser producidas por ácidos o por álcalis, determinada por el agente, la concentración, el volumen y la duración del contacto.

manejo y tratamiento:

- ❖ Retirar la ropa al paciente. No tirar de ésta si está adherida, recortando a su alrededor. Proceder a cepillado de la piel si el agente es en polvo.
- ❖ Se realiza lavado abundante con agua durante al menos 30 minutos (30 minutos en ácidos y 60 minutos en álcalis). El grado de dolor de la víctima es un buen signo evolutivo
- ❖ 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. Si la STQ > 5% puede comprometer la vida del paciente por riesgo de patología asociada a la hipocalcemia e hipomagnesemia (taquicardia ventricular, síndrome de QT largo, hiperpotasemia,...).

Se debe realizar lavado abundante con agua y aplicar de manera tópica gel de glucobionato cálcico.

- ❖ El Alquitrán forma una capa adherida a la piel. Se debe enfriar inicialmente con agua y posteriormente utilizar aceite mineral o de consumo para retirarlo. Su tratamiento local es como el de una quemadura térmica
- Quemaduras eléctricas: A su vez éstas pueden subdividirse en a) Alto voltaje: mayores de 1000V; b) Bajo voltaje: menores de 1000V. Para el manejo general de este tipo de quemaduras, debe valorarse:
  - ❖ Monitorización electrocardiográfica ante el riesgo de arritmias durante 24 horas.
  - ❖ Sondaje vesical por el riesgo de fracaso renal secundario a la rhabdmiolisis producida por la destrucción tisular. Si la orina es oscura ("vino oporto") debe iniciarse administración de líquidos para mantener diuresis de 100 ml/h en el adulto.
  - ❖ Debe identificarse la puerta de entrada (con más frecuencia se encuentra en manos y muñecas) y la de salida (habitualmente en pies).
  - ❖ Debe siempre explorarse la circulación y afectación nerviosa en los miembros, intentando estar alerta ante la aparición de síndrome compartimental.

### 2.4.3.- Atención de Enfermería en ahogamiento.

#### ➤ MANEJO EXTRAHOSPITALARIO:

- ❖ 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, con mantenimiento de la cabeza en posición neutral.
- ❖ Respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe. es esencial para la supervivencia y correcta recuperación neurológica después de un proceso de ahogamiento
- ❖ No se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural in evidencia de obstrucción de vía aérea, pues no mejora los resultados de la resucitación y, sin embargo pueden producir vómitos y aspiración, complicando aún más el caso.
- ❖ 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 una hipotermia puede dar lugar a diversas alteraciones en el organismo, como arritmias y alteraciones metabólicas, sobre todo cuando la temperatura corporal comienza otra vez a ser normal.
- ❖ Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.

#### ➤ MANEJO A NIVEL HOSPITALARIO:

1. Interrogar 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.
2. Exploración física: El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizara una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación. Verificar con frecuencia la permeabilidad del tracto respiratorio; hemodinámica, obtener frecuencia cardíaca, presión arterial, etc .; estado nervioso, utilizar la escala de Glasgow para evaluar el nivel de conciencia y evaluar la respuesta de la pupila; regulación y eliminación de la temperatura corporal:
  - Apnea, disnea, taquipnea (atención al uso de músculos accesorios).
  - Cuerpo extraño en vía aérea.
  - Traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos.
  - Hipotensión arterial.
  - Hipotermia.

- Arritmias.
- Alteraciones neurológicas (aplicar escala de coma de Glasgow).

#### **2.4.4.- Atención de Enfermería en Pacientes Intoxicados**

##### ETIOLOGÍA.

- Accidental:

-Laboral.

-Doméstica.

-Iatrogénica.

- Intencional:

-Drogas.

-Alcohol.

-Autolisis.

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.
- Iniciar tratamiento específico después de identificar tóxico implicado.

Evaluación Clínica. Anamnesis:

- Interrogar al paciente y a familiar/acompañantes: antecedentes psiquiátricos, hábitos tóxicos.
- Intentar identificar tóxico y dosis ingerida.
- Determinar tiempo transcurrido desde la intoxicación.
- Valorar vía de entrada

Exploración física:

- Valoración vía aérea y exploración cardiovascular.



- Exploración neurológica: nivel de conciencia, focalidad, pupilas (midriasis: cocaína, tricíclicos, fenotiazinas, miosis: opiáceos, organofosforados, alcohol, benzodiacepinas).
- Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos).
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.
- Exploración extremidades: signos de venopunción

## CONCLUSIÓN:

El hombre por naturaleza tiene mecanismos de defensa como por ejemplo:

- El sistema inmunitario protege al organismo de sustancias posiblemente nocivas, reconociendo y respondiendo a los antígenos.
- El hipo es una contracción espasmódica que realizamos involuntariamente. Esta reacción sucede de manera muy periódica y es la señal que nuestro sistema digestivo no está funcionando de manera idónea. Aunque es mucho más común que suceda cuando nuestro estómago está demasiado lleno.
- El estornudo Activar la cavidad nasal y evitar la acumulación de bacterias y polvo, esa es la función del estornudo en nuestro cuerpo. Este mecanismo de defensa funciona también como parte del proceso de limpieza de boca y garganta.

Aunque también encontramos defensas contra los estímulos exteriores (catástrofes naturales como terremotos) como por ejemplo:

- Contar con un kit de primeros auxilios.
- Agua (2 galones por día por persona).
- Linternas, baterías (pilas), cargadores.
- Un radio que funcione con pilas
- Alimentos no perecederos, como los alimentos enlatados/en conservas (incluyendo un abrelatas) y barras de granola o mantequilla de maní.
- Tazas (vasos) y utensilios (tenga a mano un kit para campamento que son de bajo costo).

**BIBLIOGRAFIA:**

- LORETO MAL GARCÍA, ENFERMERÍA EN DESASTRES, MC GRAW HILL, 2008.
- JANET GRAN PARKER, ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2012.
- M, RIVAS, MANUAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2015.