



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Suleyma Sinaí Gutiérrez Pérez.

TEMA: Atención de enfermería al paciente politraumatizado, atención de enfermería en quemados, atención en pacientes ahogados y atención de enfermería en paciente intoxicados.

PARCIAL: Primer Parcial.

MATERIA: Enfermería en urgencia y desastre.

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Rubén Eduardo Domínguez
García.

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, ATENCION DE ENFERMERIA EN QUEMADURAS, ATENCION DE ENFERMERIA EN AHOGAMIENTO, ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS Y ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS.

INTRODUCCION.

En un paciente politraumatizado el paciente presenta una asociacion de multiples lesiones traumaticas externas e internas, que involucran uno o mas organos, son producidas por un mismo accidente. En el paciente politraumatizado rapida y correcta valoracion de los signos vitales y otros parametros como las pupilas, piel, relleno capilar son imprescindibles para la valoracion. La quemadura constituye una lesion traumatica grave, debido a la perdida de piel, a las alteraciones fisiopatologicas que ocurren en el organismo, dolor, la complejidad del tratamiento. Tambien se le considera como destruccion de los tejidos, bajo el efecto de un agente termico, electrico o radioactivo. Uno de los agentes causal de las quemaduras es el fuego. En el ahogamiento es importante limpiar la via aerea antes de proceder a la ventilacion boca a boca, si el paciente no respira y no tiene pulso, se debe efectuar la reanimacion cardiopulmonar basica hasta que llegue la ayuda medica. En el manejo extrahospitalario conviene tener presente respiracion boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe.

Atencion de enfermeria al paciente politraumatizado.

En un paciente herido con lesiones en un paciente politraumatizado se debe realizar evaluacion primaria y reanimacion identificar y tratar la via aerea con control cervical, ventilacion, circulacion y desvestir con control de la temperatura. Via aerea con control cervical, los fundamentos se estructuran en maniobras basicas de apertura de la via aerea, con oxigenoterapia siempre con control cervical, revision de la cavidad oral y valoracion de la via aerea definitiva. Las alternativas en caso de no intubacion dispositivo bolsa mascara, mediante los datos clinicos que nos dan informacion en segundos alteracion de niveles de conciencia, frialdad cutanea y diaforesis, taquicardia y taquinea, hipotencion y disminucion en la diuresis. En un paciente politramautizado en shock, siempre supondremos que su origen es hemorragico hasta que se demuestre lo contrario; ante un paciente con alteracion del nivel de conciencia, pensar que ademas de TCE (lesion del sistema nervioso central) puede deberse

a una mala oxigenación, ventilación, mala perfusión cerebral por shock, hipoglucemia y consumo de drogas, alcohol y fármacos. En un paciente politraumatizado se consideran hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36 grados 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. Se tiene que realizar una revisión primaria que es monitorización cardiaca, sonda vesical, sonda nasogastrica si existe sospecha de fracturas del etmoides, debe insertarse por vía oral del mismo modo se hace una revisión de la cabeza a los pies. Anexos a la evaluación secundaria en este momento se podrán realizar todas las radiografías, urografía ECO transesofágico, que necesitamos 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.

Las quemaduras constituyen 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: además de su repercusión en distintos ámbitos de la vida. Es importante una primera atención adecuada, así como conocer que casos pueden ser abordados en nuestro medio hospitalario y derivados a una unidad de referencia. La clasificación de las quemaduras. 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. 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%. La tabla de Lund y Browder permiten una estimación más exacta de la superficie quemada. Es el método que debería utilizarse para el cálculo de la superficie quemada en menores de 10 años. Profundidad se distinguen cuatro grados Caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo, profundidad Se conservan escasos restos de folículos pilosos y glándulas sebáceas. Se forman menos flictenas, y el fondo es moteado con áreas eritematosas y otras nacaradas. La curación suele producirse a los 20 días, por encima de este tiempo existe riesgo de cicatriz hipertrófica, agente causal el agente causal más frecuente de las quemaduras es el fuego. 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, eléctrica 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 y escalduras o producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición.

Para la evaluación de las quemaduras se hace un examen general, una historia clínica completa : Agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos, etc. Pruebas complementarias que debemos solicitar en las quemaduras graves bioquímica: urea, creatinina, iones, glucosa, amilasa, CPK, gasometría con carboxihemoglobina, orina y sedimento.

Tratamiento de las quemaduras graves; 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. Conocer las circunstancias en las que se produjo la quemadura. 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 y síntomas: palidez, cianosis, retraso en el relleno capilar, parestesias, pulso débil o imperceptible y dolor profundo.

Medidas generales para el 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, el uso de agentes neutralizadores está contraindicado por el riesgo de reacciones exotérmicas que empeorarían el cuadro.

El ahogamiento es una causa frecuente de fallecimiento, por eso es importante saber cómo reaccionar cuando una persona se ahoga. Hay que tener especial precaución con los niños, ya que son el grupo de edad más vulnerable.

En todos los ahogados, se produce algo de hipotermia. Esta hipotermia prolonga la resistencia cerebral a la falta de oxígeno, por lo que siempre se deben iniciar las maniobras de reanimación en todos los casos de ahogamiento, aunque haya estado sumergido mucho tiempo. Actuaciones con el paciente ahogado; tener en cuenta la precaución con la columna cervical y ante la duda, inmovilizar y actuar como si fuera un lesionado medular realizando la apertura de la vía aérea mediante tracción manual, con mantenimiento de la cabeza en posición neutra, respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe. La reanimación inmediata en la escena 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 sin evidencia de obstrucción de vía aérea, pues no mejora los resultados de la resucitación y sin embargo pueden producir vómito 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 necesidades de consumo de oxígeno y mejor pronóstico de recuperación de posibles daños neurológicos causados por hipoxia, una hipotermia puede dar lugar a diversas alteraciones en el organismo, como arritmia y alteraciones metabólicas, sobre todo cuando la temperatura corporal comienza otra vez ser normal.

Manejo a nivel hospitalario.

Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento traumatismo tener en cuenta las posibles lesiones craneo encefálico y medulares, consumo de drogas, enfermedades de base epilepsia, cardiopatía isquémica etc.

Exploración física.

El equipo de emergencia que llegara al lugar del accidente realizara una valoración exhaustiva sobre la respiración y oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, etc.; el estado neurológico, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar. 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 69 ventilación precoz. La reanimación precoz y las medidas encaminadas a prevenir complicaciones tardías son fundamentales en el manejo de estos pacientes, que deben ser trasladados lo antes posible al Hospital.

En cuanto al manejo del enfermero 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 protege al cerebro de la hipoxia y se han observado recuperaciones completas después de inmersiones en agua muy fría.

Una intoxicación es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño. Entendemos por tóxico aquella sustancia que cuando se encuentra en una determinada concentración en el organismo de los seres vivos provoca un daño. La intoxicación se manifiesta con diversos síntomas como: Náuseas, mareos, vómito, mal sabor de boca, mal aliento, salivación excesiva, falta de apetito, confusión y dolor de cabeza. Síndrome clínico que aparece al introducir un tóxico en el organismo ya sea de forma intencionada ó accidenta etilogía.

Las intoxicaciones por psicofarmaco son las mas comunes, ya que la intencionalidad que presomina es el intento de suicidio. Las medidas sintomaticas son el pilar basico en el tratamiento. La descontaminación digestiva siempre debe plantearse; su eficiencia esta muy asociada al tiempo transcurrido desde la ingesta.

En la exploración física se hace valoración vía aérea y exploración cardiovascular, exploración neurológica nivel de conciencia, focalidad, pupilas midriasis, cocaína, tricíclicos, fenotizinas, miosis, inspección como valorar coloración lesiones cutáneas, sudoración y exploración en las extremidades. Algunas pruebas complementarias son constantes, glucemia capilar, gasometría y recoger muestra para estudio toxicológico. El tratamiento para la intoxicación debe ingresar al menos 12 a 24 horas desde la ingesta del tóxico en el área de observación y debe valorarse interconsultas a psiquiatría en todos los casos con fines autolíticos.

Valoración clínica y estabilización del paciente:

Ventilación precisa y oxigenación.

Vigilar hipotensión la más frecuente medidas antishock.

Vigilancia neurológica: coma y convulsiones.

Disminuir absorción de tóxico.

Según la vía de entrada se adoptarán las siguientes medidas.

Vía parenteral: frío

Vía ocular: lavado durante 15- 30 minutos.

CONCLUSIÓN.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo con un espesor que varía entre 1-3 milímetros y es una barrera impermeable que también contribuye a termorregulación se compone de 3 capas epidermis, dermis y hipodermis.

En un paciente con quemadura es de suma importancia la monitorización continua de constantes vitales o al menos cada 15 minutos y los miembros afectados deberán estar elevados en todo momento. En un paciente ahogado es importante limpiar la vía aérea antes de proceder a la ventilación boca a boca. Entre los síntomas que se presentan en estos pacientes a nivel pulmonar son cianosis, palidez, con edema pulmonar es frecuente también la aparición de convulsiones, cambios en el estado mental incluso puede llegar hasta coma. Cuando hablamos de politraumatizado es a aquel paciente que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que comúnmente es uno de los principales problemas de muerte por eso es importante evitar mover a los accidentados en la medida de lo posible ya que los movimientos bruscos podrían agravar sus lesiones y aplicar la técnica del paciente, debe controlar las vías aéreas y estabilizar la columna vertebral.