



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: ITALIA YOANA ESTEBAN MENDOZA.

TEMA: UNIDAD 2.

PARCIAL: PRIMERO.

MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES.

**NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ
GARCIA.**

LICENCIATURA: ENFERMERIA "ESCOLARIZADO"

CUATRIMESTRE: SEPTIMO.

En el presente ensayo hablare hacer de las atenciones que se tiene como personal de enfermeria como lo es: atención de enfermería al paciente politraumatizado, atención de enfermería en quemados, atención de enfermería en ahogamiento, atención de enfermería en pacientes intoxicados.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

Se define al 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.

Lo primero que debemos hacer es la valoración inicial que consiste en recoger la máxima información general del paciente, de esta valoración puede depender la vida del paciente.

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 el esquema (ABC), vía aérea, control respiratorio y circulatorio. También es de gran importancia valorar una posible lesión medular. El estado neurológico y la exposición del paciente.

- 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.
- Respiración: Es decisivo para descartar cualquier lesión torácica. Comprobaremos que el paciente este recibiendo una buen flujo de aire, y que su vía aérea esta permeable. Principales patologías a descartar en este paso: neumotórax a tensión, neumotórax abierto, volet costal y rotura de vía aérea. Una vez descartada la

lesión, por protocolo aportaremos al paciente oxígeno a alto flujo (según necesidad) y monitorizaremos con pulsómetro.

- Circulación y control de la hemorragia: En primer lugar comprobaremos la ausencia o no de pulso en grandes arterias, valoraremos el nivel de consciencia del paciente, controlaremos las hemorragias externas, monitorizaremos los signos vitales: pulso y tensión arterial. Valoraremos la coloración de la piel, sudoración, temperatura y llenado capilar. Canalizaremos dos venas periféricas con catéteres cortos y grueso de calibre 14 ó 16, de no ser posible se deberá colocar una vía central o intraósea, para la posible administración de fármacos y sueros, valoraremos transfusión sanguínea, tomaremos muestras de sangre para hematocrito, hemoglobina, pruebas cruzadas y toxicológicas. Controlaremos la hipotermia y valoraremos la colocación de una sonda vesical.
- Estado neurológico: Tiene como objetivo valorar la afectación neurológica del paciente. Vigilaremos el estado de alerta, evaluaremos la respuesta a la voz, al dolor y la respuesta a estímulos, para ello utilizaremos la escala de Glasgow y la semiología pupilar (simetría, tamaño y reacción a la luz de las pupilas).
- Exposición del paciente: El paciente debe estar desnudado por completo, si es necesario cortaremos la ropa, descubriendo zona por zona y cubriendo las áreas ya valoradas para evitar la hipotermia. Realizaremos un buen examen y una evaluación completa de los daños, siendo minuciosos y teniendo cuidado de no movilizar la columna, para ello se movilizara al paciente en bloque para valorar la parte posterior.

Ahora pasamos a la valoración secundaria si bien el examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración primaria y resuelto los problemas vitales (ABC). Una vez conseguido realizaremos la valoración secundaria que consiste en una exploración física segmentaria, cefalo-caudal, mediante la vista (inspección), el oído (auscultación) y el tacto (palpación), incluyendo los signos vitales y examen neurológico. Buscando lesiones no detectadas en la valoración primaria, también debemos conocer su historia: Buscar y descartar lesiones específicas, obtener más información, alergias a medicamentos, medicación habitual, antecedentes médicos y quirúrgicos, eventos que precedieron al accidente, última comida realizada, así como también realizaremos una exploración física minuciosa, valorar si existen quemaduras, preparar al paciente para exámenes complementarios, coordinar el traslado del paciente ya sea a planta, quirófano

o a unidad de cuidados intensivos. En la exploración física examinaremos: cabeza y cara, columna cervical y cuello, tórax y espalda, abdomen y pelvis, periné, recto y vagina, musculo esquelético y neurológico, también buscaremos heridas y protrusiones, contusiones, quemaduras, signos de fractura craneal, hematomas, otorragia, lesiones oculares, zonas asimétricas, pérdida de líquidos, deformidades, signos de hemorragia interna, movilidad, color, dolor, pulsos, sensibilidad, etc. En la valoración secundaria también se realiza un examen neurológico básico: apertura de los párpados, respuesta motora, respuesta verbal. Es primordial en los pacientes politraumatizados las constantes revaluaciones y siempre monitorizando: Frecuencia respiratoria, pulsioximetría, presión arterial y monitorización cardiaca. Procederemos, una vez estabilizado el paciente, al traslado al hospital de referencia, al que previamente ya se alertó del ingreso, y en el que se contactará con el médico y enfermera responsable, a los que se les realizará la transferencia del paciente, junto con el registro meticuloso y documentado de todos los acontecimientos sucedidos y todos los datos del paciente anteriormente registrados.

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. Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel. Si bien lo primero que haremos es la valoración inicial que consiste en:

1.- Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (IV):

- A (Airway): Vía aérea abierta y limpia.
- B (Breathing): Respiración. Descubrir el pecho y comprobar la expansión adecuada y equitativa de ambos hemitorax.
- C (Circulation): Circulación. Comprobar y tratar la presencia de sangrado debido a otras lesiones. Valorar el pulso y la circulación periférica.
- D (Disability): Estado neurológico. Determinar el estado de conciencia.

En caso de que sea necesaria la reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre, siempre que sea posibles en zonas de piel sana, preferiblemente a más de cinco centímetros de la piel quemada (IA).

Administraremos el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias. Preferiblemente la administración debe ser por vía endovenosa, dado que la absorción por vía intramuscular es lenta en zonas edematizadas (IV). Retiraremos cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo objeto ó ropa antes que la zona comience a inflamarse (IV). Realizaremos monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos, si el edema está presente elevar la zona afectada para evitar el síndrome compartimental. En quemaduras en la cara elevar la cabecera de la cama/camilla unos 30°.

En quemaduras químicas: Utilizar el equipo de protección adecuado, si es posible, determinar la sustancia química causante, retirar la ropa cortándola para evitar el contacto con tejidos sanos, si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel, e irrigar copiosamente la quemadura con agua a baja presión por un periodo de tiempo de entre 30 a 60 minutos, detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C.

Profundidad de las heridas: La profundidad de la lesión se refiere a los distintos estratos de la piel y demás tejidos subcutáneos afectados, indica el grado de una quemadura. El grado por sí sólo no es sinónimo de gravedad.

- Quemadura epidérmica (1º grado): la lesión afecta parcialmente a epidermis.
- Quemadura dérmica superficial (2º grado superficial): la lesión afecta a todos los estratos epidérmicos, llegando hasta a dermis papilar. No afecta a la dermis reticular ni a la raíz de los folículos pilosebáceos.
- Quemadura Dérmica Profunda (2º grado profundo): la lesión afecta a todos los estratos epidérmicos, llegando hasta a dermis reticular. No afecta al tejido subcutáneo.
- Quemadura subdérmica (3º grado): destrucción completa de todo el espesor de la piel, afecta a tejido subdérmico y otras estructuras (fascia, músculo, tendón, vasos, periostio). Las terminaciones nerviosas están destruidas y los anejos cutáneos (folículos, glándulas, etc.)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO:

¿Para comenzar que es el ahogamiento? muerte por asfixia tras el paso de líquidos a la vía aérea. Inicialmente, tras la inmersión total en el agua, la víctima inhibe su respiración y se agita violentamente. La agitación va desapareciendo cuando grandes cantidades de líquidos son tragadas y aspiradas. Los vómitos suelen estar asociados frecuentemente. Después desaparecen todos los reflejos de la vía aérea y el agua penetra pasivamente en los pulmones. Al final aparece una parada cardiorrespiratoria. 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.

TIPOS DE AHOGAMIENTO:

- Ahogamiento seco: Se produce un espasmo de la glotis por laringoespasmo, por lo que el agua no llega al interior del árbol branquial; también se denomina ahogamiento blanco, por el aspecto pálido de la víctima. Muere por poseer agua en los pulmones (después de los 20 min. de inmersión aproximadamente). El cadáver se presenta pálido. Este tipo de ahogamiento también pudo haber sido víctima de un síndrome cardíaco.
- Ahogamiento humedo: Hay aspiración de líquido a los pulmones tras la fase inicial de laringoespasmo, por estímulos de la hipoxia y la hipercapnia en el centro respiratorio de la inspiración; se denomina ahogamiento azul y representa el auténtico cuadro de asfixia por inmersión. Este tipo de asfixia es la más común en personas imprudentes que se alejan de la costa. Las epiglotis se cierra impidiendo el paso de agua hacia la tráquea por lo que tampoco deja pasar oxígeno.
- ahogamiento completo: Supervivencia mayor de 24 horas, tras sofocación por sumergimiento en agua.
- ahogamiento secundario: Aparición de un síndrome de distress respiratorio que suele ocurrir, entre 15 minutos y 72 horas después de la inmersión.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.

Los cuidados que debemos de hacer como el personal de enfermería son los siguientes:

- **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 el 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.
- 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 el 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.
- Canalización de vía endovenosa. A ser posible de grueso calibre. (16G o 18G)
- Administración de medicación.

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.
- 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.
- Hemodiálisis. Las principales indicaciones son las intoxicaciones por metanol, etilenglicol, salicilatos, litio, fenobarbital, bromo, paraquat.
- Hemofiltración, hemodiafiltración. El papel de estas técnicas todavía es discutido en el campo de la toxicología
- Plasmaféresis y exanguinotransfusión. Su uso es muy restringido.

DESCONTAMINACIÓN:

- Ocular. Si el contacto se produjese con sustancias químicas irritantes se debe realizar irrigación ocular continua durante 15-20 minutos. Si se produce con álcalis se debe realizar con agua o suero fisiológico durante más tiempo hasta conseguir un pH de 7. No se debe neutralizar nunca el tóxico.
- Gastrointestinal. Por vía digestiva se producen el mayor número de intoxicaciones (70%). Para prevenir o intentar disminuir la absorción del tóxico podemos recurrir a diferentes técnicas:

Vaciado gástrico. Únicamente se debe utilizar con agentes tóxicos peligrosos, en cantidades importantes y durante las tres primeras horas tras la ingesta. En caso de que el tóxico sea colinérgico, antidepresivos tricíclicos o fenotiazinas se debe realizar hasta las seis primeras horas. Esta técnica está contraindicada en la ingesta de cáusticos, derivados del petróleo, lesiones esofágicas y coma. El vaciado gástrico se puede realizar mediante la administración de eméticos como el Jarabe de Ipecacuana, pero siempre en pacientes conscientes y alerta. Induce al vómito en 15-30 minutos y reduce la absorción en un 30%. También se puede usar Apomorfina como agente emético, administrando por vía IM o subcutánea. Su uso se considera obsoleto.

Lavado gástrico. Aplicado dos horas después de la ingesta su eficacia es dudosa y presenta riesgo de aspiración. Se realiza con sonda oro gástrica de gran calibre y el paciente en decúbito lateral izquierdo. Existen en los hospitales materiales especialmente diseñados para ello. Se introducen 250 ml de suero fisiológico caliente, drenando a continuación a bolsa. Se repite hasta que el retorno sea claro. En caso de pacientes en coma, se procederá de la misma manera, pero con el paciente intubado (vía aérea

aislada). El lavado gástrico no debería emplearse de forma rutinaria en el tratamiento de los pacientes intoxicados.

Carbón activado. Aparte del vaciado gástrico (emesis o lavado ya descritos) la administración de carbón activado constituye una alternativa (o un complemento en el caso del lavado gástrico) para cesar o disminuir la absorción del tóxico. El carbón actúa no como neutralizante, sino como adsorbente de la mayoría de sustancias tóxicas, pudiendo considerarse como un adsorbente prácticamente universal, eficaz, inocuo y económico. Hay muy pocos tóxicos que no sean adsorbidos por el carbón activado, es decir no es útil en: álcalis, alcoholes, cianuro, litio, sulfato ferroso, carbonatos y ácidos minerales.

Catárticos: Aceleran la motilidad intestinal y con ello acortan el tiempo de absorción del tóxico. Su utilidad es limitada, Su utilización está indicada siempre en conjunto con la administración de carbón activado, ya que contrarresta el estreñimiento provocado por éste. Son catárticos el sorbitol, sulfato de magnesio, citrato de magnesio.

Inducción al vómito: El papel de jarabe de ipecacuana es el tratamiento intoxicado ha disminuido significativamente en los últimos años. Presenta numerosas contraindicaciones y complicaciones

CONCLUSIONES:

- Realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (vía aérea, respiración, circulación y estado neurológico). En caso de necesidad de reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre. Administrar el analgésico indicado, preferentemente por vía intravenosa.
- 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.
- Si bien la intoxicación consiste en aquellos procesos dañinos provocados por materias inertes. No existe por sí sola una sustancia tóxica, habrá que definir determinadas dosis para que la sustancia que se entienda como tóxica sea dañina, y también la vía de entrada.

Bibliografía:

<http://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/047f535e7abc30bce21a0d905208789c-LC-LEN702.pdf>