



Universidad del sureste

Nombre del maestro:

Javier Gómez Galera

Nombre de la materia:

Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico

Nombre del alumno:

Kevin Junior Jimenez Espinosa

Carrera:

Lic. Enfermería

Grado:

7mo. Cuatrimestre

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 en el que peligrasen sus vidas.

El enfermero está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento. Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio.

Esta primera fase se denomina valoración 1

- Control de la Vía aérea y Cervical.
- Respiración.
- Circulación y Control de Hemorragias.
- Evaluación neurológica.
- Exposición / Control Ambiental

Atención de enfermería al paciente politraumatizado

Valoración secundaria

Consiste en un análisis pormenorizado de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto el examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración inicial y resuelto los problemas vitales.

Valoración secundaria

- Historia
- Examen Físico.
- Monitorización.

Para que el paciente reciba una asistencia integral debemos saber combinar el tratamiento farmacológico, el tratamiento dietético, la terapéutica física y el apoyo emocional.

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.

Los objetivos

- Garantizar una atención adecuada
- Aliviar los síntomas
- Promover la cicatrización de las heridas
- Prevenir las complicaciones (infección, cicatrices)
- Prevenir el tétanos

Cuidados enfermeros

- 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
- Administrar el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias.
- Retirar cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo objeto o ropa antes que la zona comience a inflamarse.
- Realizar 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 30o.

Atención de enfermería en quemados

Determinar el tipo de quemadura y la existencia de riesgo de lesión por inhalación.

Evaluar el tamaño y la profundidad de la quemadura las quemaduras de primer grado no se incluyen en el cálculo de la extensión, sólo se deben incluir las zonas desepitelizadas. Esta evaluación debe realizarse en una habitación caliente y exponiendo secuencialmente pequeñas áreas de piel para reducir la pérdida de calor.

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.

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.

Síntomas

- Pérdida de conocimiento.
- Ausencia de movimientos respiratorios.
- Ausencia de pulso.
- Dilatación de las pupilas.

Atención de enfermería en ahogamiento

Medidas de actual inmediata

- Imprescindible estabilizar la vía aérea buscando la permeabilidad de la misma en primer lugar, eliminando cualquier material extraño existente, manteniendo la ventilación y la administración de oxigenoterapia y líquidos.
- Especial atención si presenta traumatismo craneal y lesiones a nivel cervical, hipotermia y barotrauma.
- Adecuada inmovilización del cuello durante toda asistencia y traslado a centro hospitalario.
- Tratar las complicaciones que puedan surgir, derivadas del pulmón, o del edema cerebral secundario a ataque hipóxico.
- Control y vigilancia de constantes vitales, así como, control de la temperatura.

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 antidepresivos 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, meningo-encefalitis o coma metabólico endógeno.

Atención de enfermería en pacientes intoxicados

Cuidados de enfermería

- 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.
- Control de constantes. Monitorización del paciente. Hay que valorar tensión arterial, frecuencia cardíaca, E.C.G. correlacionándolos con signos de mala perfusión tisular: desorientación, depresión del nivel de conciencia, vasoconstricción periférica con frialdad, sudoración, pulso capilar, taquicardia, oliguria y acidosis metabólica.
- Canalización de vía endovenosa. A ser posible de grueso calibre. (16G o 18G)
- Administrar medicamentos