

Universidad del sureste

Lic. En enfermería

Enfermería en urgencias y desastre

Cuatrimestre: 7

Profesor: Lic. Víctor Geovani Montero L.

Alumno: Francisco De La Cruz Hernández

Grupo: A

Actividad: cuadro conceptual



Manejo del paciente POLITRAUMATIZADO

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Persona con lesión de dos o más órganos que comprometen la vida producto de un traumatismo.

HORA DE ORO

Momento es que las lesiones son potencialmente letales se presentan colocando en riesgo la vida del paciente y se debe actuar para evitar complicaciones a largo plazo.



VIA AEREA Y CONTROL CERVICAL

- 1 Si el paciente habla - respira.
- 2 Si no respira, se procede a identificar las causas.

CAUSAS

- T. maxilofacial
- T. cervical
- T. laríngeo

Signos de obstrucción de la vía aérea



Cianosis ungueal y peribucal



Manos en la garganta



Agitación



Estupor



Disfonía

Obstrucción de la vía aérea

- Cuerpo extraño
- Contenido gástrico



- Collarín rígido apertura en caso de traqueotomía / Inmovilización cervical
- Oxígeno de alto flujo 11Lt/min
- Extracción de cuerpos extraños en la vía orofaríngea
- Aspiración cánula rígida de contenido gástrico.

Técnica de extensión de la cabeza



Las puntas de los dedos índice y medio se colocan debajo de la barbilla y se tracciona de la mandíbula hacia arriba.

Esta maniobra eleva la lengua junto con la mandíbula, aliviando así la obstrucción de la vía aérea superior.

B

RESPIRACION Y VENTILACIÓN

Alteración de la ventilación = Inter. gaseoso

Alteración de la mecánica ventilatoria

- T. toracoabdominal
- T. cariacos
- Expansión pulmonar del tórax

Signos

- Taquipnea
- Hipercapnia
- Hipoxia
- Asimetría en inspiración/expiración
- Hipoexpansibilidad del tórax
- Hipoventilación (ausencia o disminución de los ruidos respiratorios).

VIA AEREA DEFINITIVA

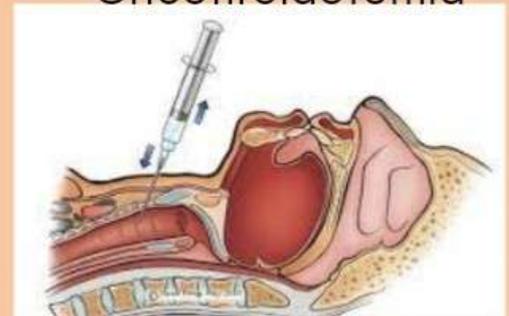
Indicaciones

- Glasgow < 8
- Apnea
- Fracturas maxilofaciales graves
- Riesgo de obstrucción
- Riesgo de aspiración

➤ VA orotraqueal y nasotraqueal (Intubación).



➤ VA Qx : Traqueotomía - Cricotiroidotomía



VIA AEREA NO DEFINITIVA

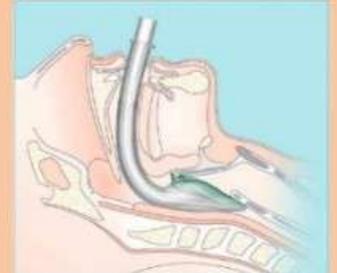
➤ VA OROGARINGEA
- Cánula de Guedel



➤ VA NASOFARINFEA



➤ MASCARILLA LARINGEA





CIRCULACIÓN

Disminución de la perfusión tisular.

1 Diagnosticar el shock

SHOCK

CLASIFICACIÓN

Hipovolémico: Hemorragias

→ Visibles

→ No visibles

No hipovolémico

→ Distributivo

→ Obstructivo

→ Neurogénico

Taquicardia - hipotensión



GRADOS DEL SHOCK

	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Pérdida de sangre ml	Hasta 750ml	750-1500ml	1500-2000ml	>2000ml
Perdida de sangre %	Hasta 15%	15-30%	30-40%	>40%
Frecuencia cardíaca	<100	>100	>120	>140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>35
Gasto urinario	>30ml/hr	20-30ml/hr	5-15ml/hr	Mínimo
Presión de pulso	Normal o aumentada	Disminuida	Disminuida	Disminuida
Estado mental	Ligeramente ansioso	Medianamente ansioso	Ansioso, confuso	Confuso-letárgico
Reemplazo de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides y sangre	Cristaloides y sangre

2

Identificar las causas del shock

Signos duros (Inequívocos)

- Soplo
- Hematoma pulsátil
- Frémito
- Sangrado profuso

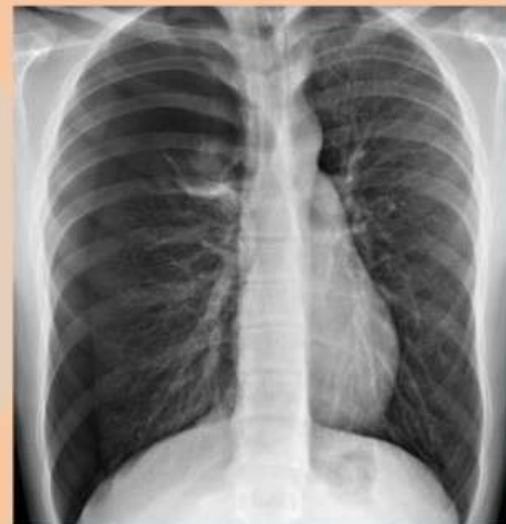
Signos blandos (sugestivos)

- Hematoma
- Disminución de pulsos temporales
- Historia de coque y sangrado

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

- Toráx asimétrico
- Timpanismo
- Ingurgitación yugular
- Ausencia de ruidos respiratorios

Toracotomía con aguja



HEMOTORÁX MASIVO

- Tórax asimétrico matidez a la percusión
- Ausencia de ruidos respiratorios
- Ruidos cardiacos normales

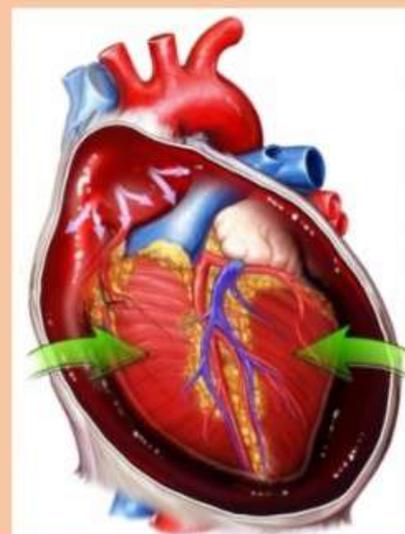
Toracotomía mínima (tubo a tórax)



TAPONAMIENTO CARDIACO

- Ruidos cardiacos hipofonéticos
- Hipotensión
- Ingurgitación yugular

Pericardiocentesis



MANEJO

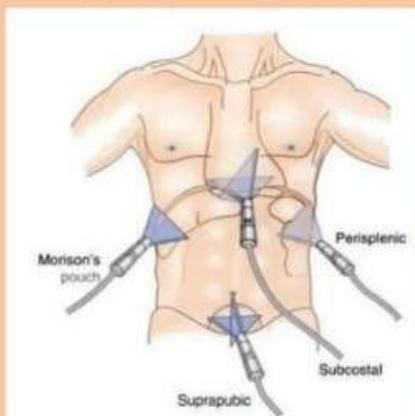
- Uso agresivo de soluciones cristaloides (1000cc Ringer).
- Transfusión hemoderivados.



FAST

Dura de 2 - 3min

Se verifica que haya sangre libre en cavidad.

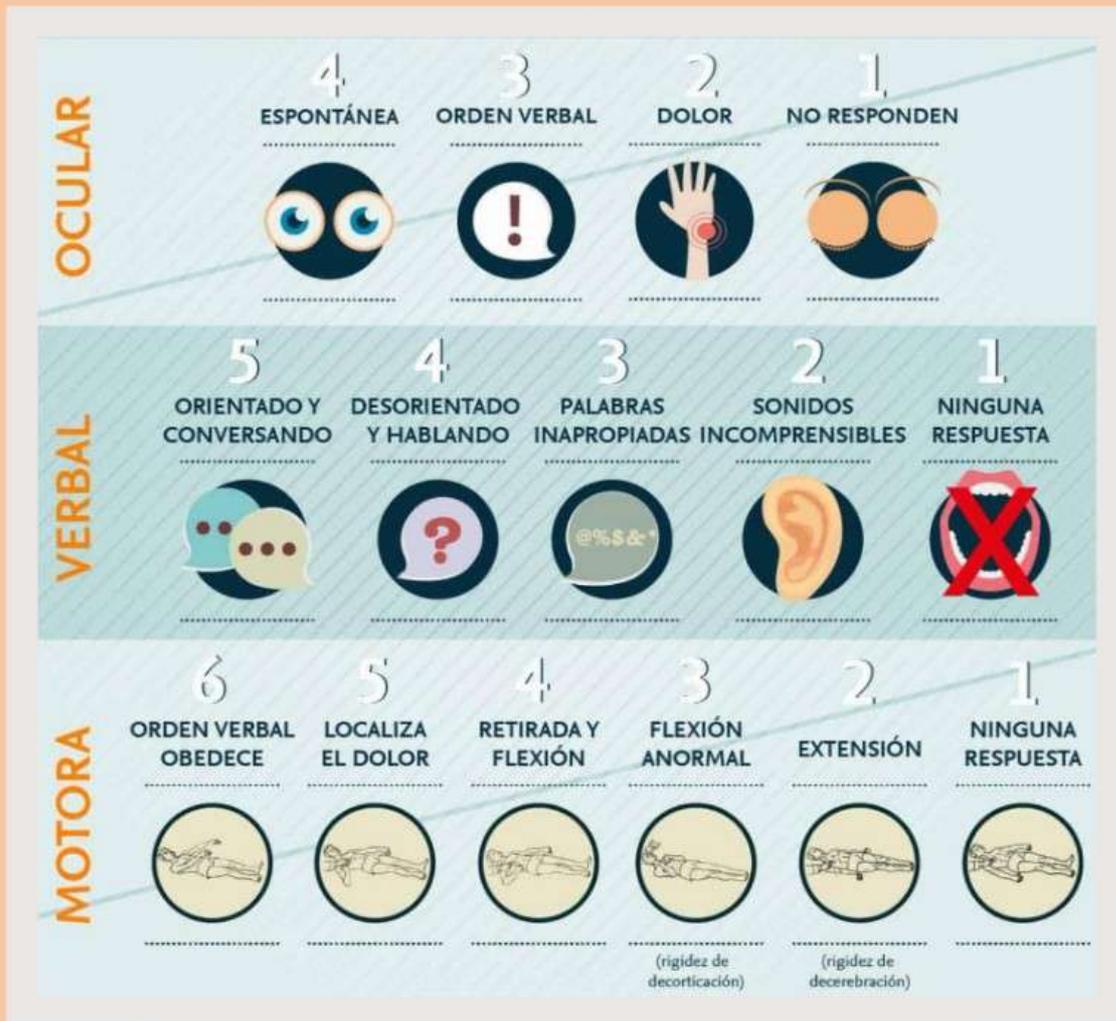




DEFICIT NEUROLOGICO

Escala Glasgow

Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta.



Clasificación del TCE

Daño cerebral	Imágenes estructurales	Pérdida de conciencia	Alteración de la conciencia o del estado mental	Amnesia post traumática	Escala de Glasgow (primeras 24h)
Leve	Normal	0-30min	Un momento dentro de las 24h	0-1día	13-15
Moderado	Normal o anormal	>30min y <24h	>24h	>1día y <7días	9-12
Severo	Normal o severo	>24h	>24h	>7días	<9

Manejo del paciente quemado

Concepto de Quemaduras

Las quemaduras son el resultado de una agresión traumática provocando lesiones de variable extensión y profundidad por diferentes agentes, físicos, químicos y biológicos, produciendo alteraciones capaces de dejar secuelas invalidantes o deformantes o conducir a la muerte al paciente que las sufre

CONCEPTOS GENERALES

Definición de herida:

Toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales. También puede definirse como una pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico.

Definición de quemadura:

Es una lesión que resulta de la exposición a llamas o líquidos calientes, contacto con objetos calientes, con cáusticos, químicos o radiación, efecto de la corriente eléctrica o de noxas biológicas.



Enfermería: La atención de enfermería en el paciente quemado es muy importante para mejorar la calidad de vida de estos enfermos y educar en la prevención de accidentes en el hogar; considerar los riesgos. El personal de enfermería se perfecciona y actualiza para enfrentar dichas exigencias.

Enfermería debe tener presente que existen cuatro objetivos fundamentales que son los siguientes:

- Prevención de quemaduras.
- Prácticas seguras que salven la vida del paciente quemado grave.
- Prevenir incapacidad y desfiguración.
- Rehabilitar al quemado por cirugía reconstructiva y programas de rehabilitación.

AGENTES CAUSALES

- Líquidos calientes
- Fuego directo
- Electricidad
- Sustancias químicas
- Contacto con superficies calientes
- Quemaduras por fricción
- Quemaduras congelamiento
- Quemaduras biológicas

La gran mayoría de las quemaduras son lesiones prevenibles



QUE NO HACER:



No enfriar la zona quemada con hielo directo.

No despegar, ropa o accesorios que hayan quedado adheridos a la piel. Si se despega lo que está adherido, puede lastimar aún más y producir un sangrado.

No aplicar cremas, pasta dental ni nada que no haya indicado el médico. No usar dentífrico, barro, plantas ni remedios caseros.

No romper las ampollas. (Lo debe realizar siempre un profesional)



QUE HACER:

- Ante una quemadura, hacer comer 20 minutos de agua fría.
- La quemadura luego de ser lavada, se debe cubrir con un vendaje se sugiere gasa con vaselina sólida y vendaje.
- Buscar asistencia médica.



PREVENIR LAS QUEMADURAS:

- Usar las hornallas traseras (mangos de ollas y sartenes hacia atrás)
- Mantener a los chicos lejos de las fuentes de calor
- Precaución al manipular líquidos calientes
- Mantener fósforos, encendedores, velas y productos químicos lejos del alcance de los niños
- Usar las hornallas traseras (mangos de ollas y sartenes hacia atrás)
- Mantener a los chicos lejos de las fuentes de calor
- Precaución al manipular líquidos calientes
- Mantener fósforos, encendedores, velas y productos químicos lejos del alcance de los niños

CASOS ESPECIALES: Si se prende fuego la ropa. NO CORRAS.

Arrójate al suelo y empieza a rodar

- 1 Evitar que siga corriendo
- 2 Apagar las llamas ¿cómo?
- 3 Acostarlo
- 4 No tocar y no sacar la ropa quemada
- 5 Cubrirlo
- 6 No colocar ninguna crema
- 7 No darle ni de beber ni de comer



Detenerse



Arrojarse al suelo



Rodar por el suelo

Actuaciones a **EVITAR** en la atención al intoxicado agudo

1

Realizar un **lavado naso u orogástrico** en un paciente con criterios para ello, si ha perdido los reflejos protectores de la vía aérea (por inconsciencia o shock) o que presumiblemente los perderá durante el procedimiento, a menos que previamente se intube al paciente.



2

Atender a un intoxicado agudo **sin registrar** datos básicos del episodio: constantes vitales (FR, T^º, TA, Sat O₂), intervalo y causa de la intoxicación.



3

Solicitar determinación de **tóxicos en orina** de forma rutinaria al paciente que acude a Urgencias por una intoxicación, sin considerar previamente las limitaciones de los resultados, su escasa utilidad en las decisiones terapéuticas y su repercusión legal.



4

Administrar **tiamina** a toda intoxicación alcohólica aguda, sin signos de alcoholismo crónico.



5

Administrar **flumazenilo** en pacientes intoxicados con Glasgow >12
o
pacientes que han sufrido convulsiones.



6

Infravalorar la gravedad de una **intoxicación por litio** por la litemia aunque presente clínica neurológica.
No indicar con la necesaria precocidad la hemodiálisis (HD) en intoxicaciones graves.
Realizar una HD con una duración convencional (4 horas) cuando la mayoría de pacientes necesitan una primera HD de 6-8 horas. Creer que una HD es suficiente, cuando algunos pacientes graves van a necesitar otra HD al cabo de 6-8 horas.



7

Tratar a una **intoxicación por paracetamol**, basándose en la concentración plasmática de paracetamol de analíticas realizadas antes de 4 horas desde la ingesta.



8

Extraer una muestra de sangre arterial con la finalidad exclusiva de realizar una determinación de COHb en un paciente con sospecha de **intoxicación por monóxido de carbono (ICO)**.

