



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**CAMPUS TABASCO**

**LIC. EN ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**SUPER NOTA**

**NOMBRE DEL ALUMNO: DANIEL DE JESUS JIMENEZ MARTINEZ**

**7º CUATRIMESTRE**

**GRUPO: B**

**DOCENTE: VICTOR GEOVANI MONTERO LOPEZ**

**VILLAHERMOSA, TABASCO A 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.**

## Atención de enfermería al paciente politraumatizado.

La atención inicial del paciente politraumatizado incluye una evaluación inicial y resucitación, una fase intermedia o de monitorización y una evaluación secundaria, diagnóstica en la que se debe realizar un examen detallado por órganos y sistemas para proceder a un tratamiento definitivo.

**Politraumatismo leve:** Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas. **Politraumatismo moderado:** Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.



La conducta más adecuada a seguir es tratar el posible shock hipovolémico, que pone en peligro la vida incluso en pocos minutos, tratándolo de forma agresiva con la colocación de dos accesos venosos y perfusión a gran velocidad de fluidos (cristaloides o cristaloides más coloides).

Revalore el relleno capilar y compruebe el estado de perfusión tisular viendo el color, la temperatura de la piel y la sudoración. Compruebe el ritmo y la frecuencia del pulso. Determine la Tensión Arterial. Informe si hay signos de shock (hipotensión, taquicardia).

Taquicardia, Hipotensión arterial, Vasoconstricción  
Mala perfusión periférica, Sudoración, Taquipnea  
• Alteración de la conciencia, Oliguria Si en un paciente se da taquicardia, vasoconstricción y frío hay que llevarlo urgentemente al hospital porque son signos de algo grave.



Una vez hemos identificado las lesiones del paciente, determinaremos las necesidades de ese paciente para establecer su tratamiento definitivo: - Técnicas quirúrgicas - Coordinación de los diferentes especialistas - Traslado a otro centro especializado, si es necesario

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

La quemadura constituye 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.

Dstrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radioactivo. Existen una serie de factores pronósticos: la edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión y la existencia de patología previa.

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. La tabla de Lund y Browder permiten una estimación más exacta de la superficie quemada.



**GRAVEDAD.** Está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente. Se han relacionado más directamente con la mortalidad del paciente: la extensión de la superficie quemada y la edad.

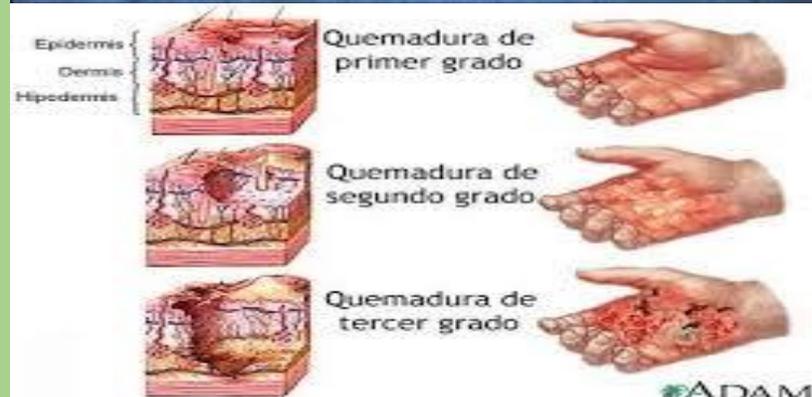
Tratamiento de las quemaduras graves. - Detener el proceso de la quemadura quitando toda la ropa, lavando las áreas que entraron en contacto con el producto químico y desconectando la electricidad que provocó la lesión. Conocer las circunstancias en las que se produjo la quemadura.



Caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo. No formación de flíctenas. La quemadura típica es la quemadura solar.

No forman ampollas, son exudativas y un marcado aspecto rojizo, son muy dolorosas. La curación suele producirse a los 20 días, por encima de este tiempo existe riesgo de cicatriz hipertrófica. Pueden presentarse con aspecto carbonáceo o nacarado.

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.



## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON AHOGAMIENTO.

Hay que tratar a la víctima como si existiera una lesión cervical. No se debe girar o doblar el cuello. Es importante limpiar la vía aérea antes de proceder a la ventilación boca a boca. Si la víctima no respira y no tienen pulso, se debe efectuar la reanimación cardiopulmonar básica hasta que llegue la ayuda médica.

**Ahogamiento húmedo:** Es el convencional y se produce tras la aspiración de líquido por los pulmones. **Ahogamiento seco:** Se conoce como ahogamiento seco al tipo de ahogamiento en el que hay un escaso o nulo paso de agua a los pulmones.

coloca tus manos en la base del esternón, justo por encima de la unión de las costillas inferiores. Presiona con fuerza en el pecho, con un empujón rápido. Esta es la misma acción que se hace en la maniobra de Heimlich. Repite el procedimiento hasta eliminar la obstrucción de las vías respiratorias.



### 1 EVALUACIÓN

Si el paciente no responde, grite pidiendo ayuda.

INICIE RCP Inmediatamente.

- Si hay otra persona, pídale que llame solicitando ayuda.

- Arrodílese al lado de la víctima. Inicie maniobras de RCP. Hágalo por un ciclo completo (30 compresiones y 2 respiraciones) después llame pidiendo ayuda.

### 2

#### COMPRESIONES TORÁXICAS

- Apoye en el centro del tórax sólo el talón de la mano, inclínese hacia adelante de tal manera que sus hombros queden encima de su brazo y mano. Haga 30 compresiones a una frecuencia de al menos 100 por minuto.

- Debe dejar que el tórax vuelva a su posición entre compresiones, sin despegar la mano del tórax. La profundidad de las compresiones es de 4 a 5 cm.

- Después de 30 compresiones, realice 2 respiraciones cortas. Continúe así durante 5 ciclos o hasta que llegue alguien a relevarlo.

### 3

#### HAGA 2 RESPIRACIONES CORTAS DE 1 SEG

- Coloque sus labios sobre la boca del paciente y cierre la nariz de este con los dedos. Mantenga la cabeza extendida y elevado el mentón.

- Asegúrese de que el tórax se expanda cuando usted introduzca aire.

- Si el paciente responde, tóse o se mueve, detenga las maniobras y gírelo hacia un costado, por si vomita. Espere al personal de rescate.

En el manejo extrahospitalario conviene tener presente: 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 neutra.

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 vómitos y aspiración, complicando aún más el caso.



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.

Así pues hay que reanimar siempre, y prolongar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en las situaciones mencionadas, especialmente en la hipotermia.

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO

Síndrome clínico que aparece al introducir un tóxico en el organismo ya sea de forma intencionada o accidental.

Las actividades encaminadas a realizar la valoración primaria (ABCDE) y asegurarla. Una vez asegurada se añadirían actividades como:

## 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.

## 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), ante la presunción de que se trata de un coma tóxico exógeno, se ha propuesto la administración de glucosa, tiamina y naloxona ("coma cocktail") como terapéutica y como herramienta diagnóstica inicial en especial, cuando la etiología tóxica del coma no está claramente definida.



## Principales cuidados de enfermería en el paciente intoxicado

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.

## Medidas para aumentar la diuresis.

epuración renal. Se puede aplicar en aquellas intoxicaciones por tóxicos que se eliminan 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.



toda intoxicación aguda debe ingresar al menos 12-24 desdés la ingesta del toxico en el área de observación y debe valorarse interconsulta a psiquiatría en todos los casos con fines autolíticos.

## BIBLIOGRAFÍA

- SOPORTE VITAL AVANZADO EN ADULTO AMERICAN HEART ASSOCIATION AHA
- URGENCIAS EN ENFERMERÍA HERNANDEZ UTRILLA JUAN TRILLAS
- RCP CODIGO AZUL MTRA. JUANA VELAZQUEZ INTERSISTEMAS