



Mi Universidad

Súper nota.

Nombre del alumno: Yuliana Cristell Jiménez Esteban.

Nombre del tema: Atención de enfermería ante las emergencias traumáticas y desequilibrios del medio ambiente.

Parcial: 1°.

Nombre de materia: Enfermería en urgencias y desastres.

Nombre de la profesora: L.E. Víctor Geovani Montero López.

Nombre de la licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 7°.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS Y DESEQUILIBRIOS DEL MEDIO AMBIENTE.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

Definición

Politraumatizado

Paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida.



Evaluación primaria y reanimación.

Identificar y tratar:

AIRWAY	BREATHING	CIRCULATION	DISABILITY	EXPOSURE
A	B	C	D	E
Vía aérea Control de Columna	Respiración	Circulación	Estado Neurológico	Exposición

Vía aérea con control cervical.

A

Maniobra de elevación de la mandíbula, con inmovilización de la columna cervical.

Buscar obstrucción:

- Cuerpo extraño.
- Fractura de la mandíbula.
- Fractura facial.



Apertura de la vía aérea.

Intubación:

- Preoxigenar con O2 al 100%.
- Sedación (Etomidato o Midazolam) y relajación (succinilcolina).
- Intubar
- Comprobar: Inflar el balón y determinar la posición del tubo: auscultación y monitorización de CO2.
- Ventilar.

Alternativas en caso de no intubación: dispositivo bolsa-válvula-máscara.



Ventilación o respiración.

B

Aun existiendo una vía aérea permeable, la ventilación puede estar comprometida.

¿Cómo comprobamos la ventilación?

- Exponer y ver si existe deformidad, asimetría en los movimientos.
- Auscultar: simetría o no en ambos campos pulmonares.
- Percutir y palpar.



Circulación

C

Colocar vía periférica

El estado hemodinámico del paciente se llevará a cabo, por medio de la constante monitorización de:

- Signos vitales.
- Coloración de la piel.
- Temperatura.
- Signos de hipoperfusión periférica.

¡En un paciente politraumatizado en shock, siempre supondremos que su origen es hemorrágico hasta que se demuestre lo contrario!



Valoración neurológica.

D

La finalidad es determinar el estado de conciencia del paciente, esto se realizará por medio de la Escala de coma de Glasgow y por la reactividad de las pupilas.

Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de consciencia. Por debajo de 7 puntos: Coma. Por debajo de 8 puntos: Intubación.

Respuesta ocular

Espontánea	Orden Verbal	Al dolor	Sin respuesta
4	3	2	1

Respuesta verbal

Orientado	Desorientado	Palabras inapropiadas	Sonidos Incomprensibles	Sin respuesta
5	4	3	2	1

Respuesta motora

Orden verbal	Localiza el dolor	Flexión/retirada	Flexión anormal	Extensión	Sin respuesta
6	5	4	3	2	1

EXPLORACIÓN DE PUPILAS

TAMAÑO NORMAL DE LAS PUPILAS: 2-4 mm

SEGÚN EL TAMAÑO

- MIOSIS: diámetro < 2mm
- MIDRIASIS: diámetro > 4 mm

SEGÚN LA RELACIÓN DE ELLAS

- ISOCORICAS: igual tamaño
- ANISOCORICAS: diferente tamaño
- DISOCORICAS: diferente forma

SEGÚN LA RESPUESTA A LA LUZ

- REACTIVAS: Contracción al foco luminoso
- ARREACTIVAS: Inmóviles al foco luminoso
- REFLEJO FOTOMOTOR
- DIRECTO: Miosis en el ojo estimulado por la luz
- CONSEJUAL: Miosis del ojo contralateral

Puede ser ocasionado por TCE, mala oxigenación, mala perfusión cerebral por shock, hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol o fármaco.

Desvestir con control de la temperatura.

E

Para controlar la temperatura debemos:

- Calentar el ambiente.
- Uso de mantas térmicas.
- Calentar sueros y sangre.

En el paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C.



Anexos en la revisión

- Monitorización cardiaca.
- Pulsioximetría, capnografía, gasometría arterial.
- Colocar sonda vesical.
- Sonda nasogástrica (si existe sospecha del etmoides, debe insertarse por vía oral).
- Radiografía de tórax y de pelvis.



Evaluación secundaria

Reevaluación

Historia clínica.

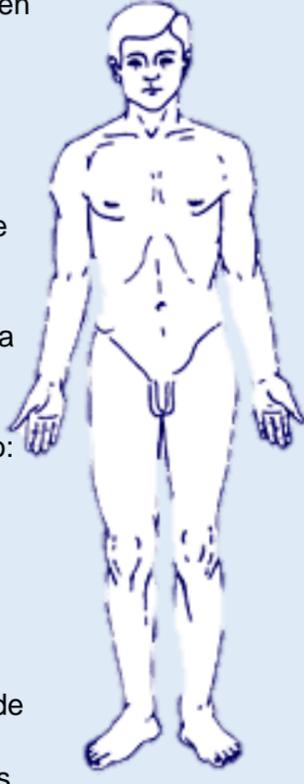
- ♥ A-Alergias.
- ♥ M-Medicamentos.
- ♥ P-Patologías previas.
- ♥ Li- Libaciones.
- ♥ A-Ambiente en el que se produce el trauma.



Exploración física

Céfalo-caudal

- Cabeza: examinar todas las lesiones que puedan existir en el cuero cabelludo, examen ocular exhaustiva.
- Estructuras maxilofaciales.
- Columna cervical y cuello: sospechar siempre lesión de columna cervical.
- Tórax.
- Abdomen: Realizar ecografía o TAC.
- Periné/recto/vagina.
- Sistema musculoesquelético: inspeccionar y palpar buscando fracturas ocultas.
- Evaluación neurológica: primero reevaluaremos el estado de conciencia y las pupilas realizando posteriormente un examen de las funciones sensitivas y motoras de las extremidades.



Anexos secundarios

Realizar todas las:

- Radiografías.
- TAC.
- Angiografía.
- Urografía.
- ECO transesofágico.
- Según las lesiones del paciente.



Tratamiento definitivo

Técnicas quirúrgicas

Una vez hemos identificado las lesiones del paciente, determinaremos las necesidades de ese paciente para establecer su tratamiento definitivo:

- Traslado a otro centro especializado, si es necesario.
- Coordinación de los diferentes especialistas.

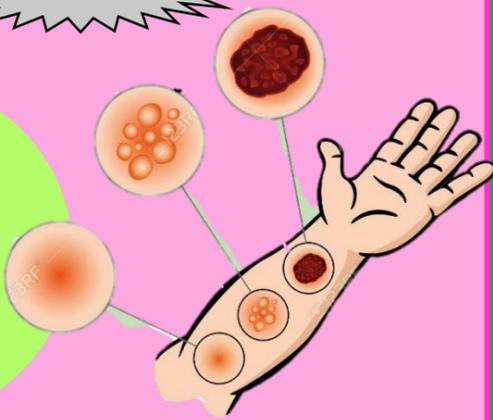


ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUEMADO.

Definición

Quemadura

Dstrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radioactivo.



Factores pronósticos

- Edad.
- Extensión.
- Profundidad.
- Localización.
- Presencia de lesiones asociadas.
- Mecanismo o causa de la lesión.
- Existencia de patología previa.



Agente causal

TÉRMICAS

Llama directa, líquidos calientes, gases inflamables, contacto con objetos calientes.

QUÍMICAS

Sustancias ácidas o básicas concentradas.

ELÉCTRICAS

Descargas eléctricas espontáneas (rayos), domésticas o industriales.

POR RADIACIÓN

Radiación solar, rayos UV, rayos X, radiación por isótopos radioactivos, energía atómica.

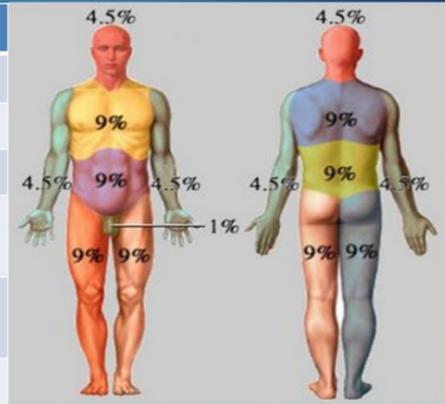
Clasificación

Según la extensión

El porcentaje de superficie corporal quemada determina el pronóstico del paciente quemado, también es necesario para la estimación de las necesidades de líquido en la fase aguda del paciente quemado grave.

Se calcula con:

Región	Porcentaje
Cabeza y cuello	9 %
Tronco anterior	18 %
Tronco posterior	18 %
Extremidad superior (9 x 2)	18 %
Extremidad inferior (18 x 2)	36 %
Area genital	1 %



En niños

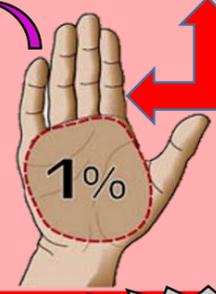
La regla de Wallace se modifica aumentando la cabeza y cuello al 19% y reduciendo cada una de las extremidades inferiores al 13%.

El esquema de Lund y Browder permiten una estimación más exacta de la superficie quemada.



El cálculo de la extensión se realiza exclusivamente en las quemaduras de 2° y 3°.

En quemaduras poco extensas se considera la regla de la palma.



Clasificación

Según la profundidad

Grado	Esesor superficial (primer grado)	Esesor parcial o intermedio (segundo grado)	Esesor total (tercer grado)	Grado IV
GRADO I	Epidermis	Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis
GRADO 2A		Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis
GRADO 2B		Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis
GRADO III		Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis
GRADO IV		Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis	Epidermis y Dermis

- GRADO I:** Dolorosa, No ampolla, No cicatrices.
- GRADO 2A:** Dolorosa, No requiere cirugía, Puede dejar cicatrices.
- GRADO 2B:** Menos dolor, Más seca, Requiere cirugía, Dejan cicatriz.
- GRADO III:** No dolor, Requiere antibiótico tópico, Requiere cirugía.
- GRADO IV:** Necrosis, Afecta músculo, Hueso, articulación, Requiere cirugía.

Clasificación

Según la gravedad

Quemadura menor	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 15 % SCQ de primer o segundo grado en adultos ≤ 10 % de SCQ de primer o segundo grado en niños ≤ 2 % SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura moderada	<ul style="list-style-type: none"> 15 a 25 % de SCQ de segundo grado en adultos 10 a 20 % de SCQ de segundo grado en niños 2 a 10 % de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura mayor	<ul style="list-style-type: none"> > 25 % de SCQ de tercer grado en adulto > 20 % de SCQ de segundo grado en niños > 10 % de SCQ de tercer grado en niños o adultos. Quemaduras de segundo y tercer grado que involucren ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras Quemaduras eléctricas Quemaduras químicas en áreas como cara, párpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales Quemaduras asociadas a traumatismos Quemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, SIDA u otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer

Evaluación inicial

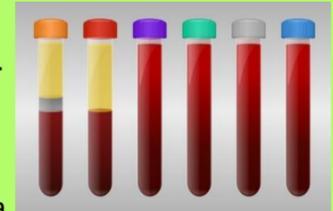
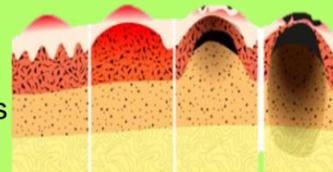
- A AIRWAY (VÍA AÉREA)**
Valoración: permeable/no permeable
- B BREATHING (VENTILACIÓN)**
Iniciar ventilación si hay apnea
Oxigenoterapia de alto flujo
- C CIRCULATION (CIRCULACIÓN)**
Controlar hemorragias externas
Valoración de perfusión periférica
- D DISABILITY (FUNCIÓN CEREBRAL)**
Valorar conciencia: escala de Glasgow
- E EXPOSURE (EXPOSICIÓN)**
Exposición protegiendo de la hipotermia
Visualización de posibles lesiones graves

- ☐ Examen general.
- ☐ Historia clínica completa: Agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos, etc.



Evaluación inicial

- ☐ Examen de la quemadura, permite determinar la gravedad.
- ☐ Las pruebas complementarias que debemos solicitar en las quemaduras graves:
 - ❖ Bioquímica: urea, creatinina, iones, glucosa, amilasa, CPK.
 - ❖ Gasometría con carboxihemoglobina.
 - ❖ Orina y sedimento.
 - ❖ Rx tórax y electrocardiograma en quemaduras eléctricas.



Reanimación hídrica

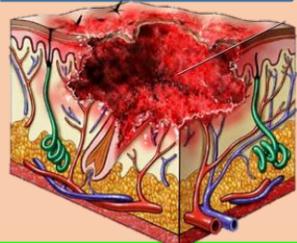
Cualquier paciente >20% de superficie corporal quemada requiere reanimación con líquidos

Reposición volémica
Fórmula de Parkland
4ml x kg x %SCQ

Fórmula de Brooke
2ml x kg x %SCQ

50% del volumen en 8h resto en 16h
Si la SCQ >50% → % = 50

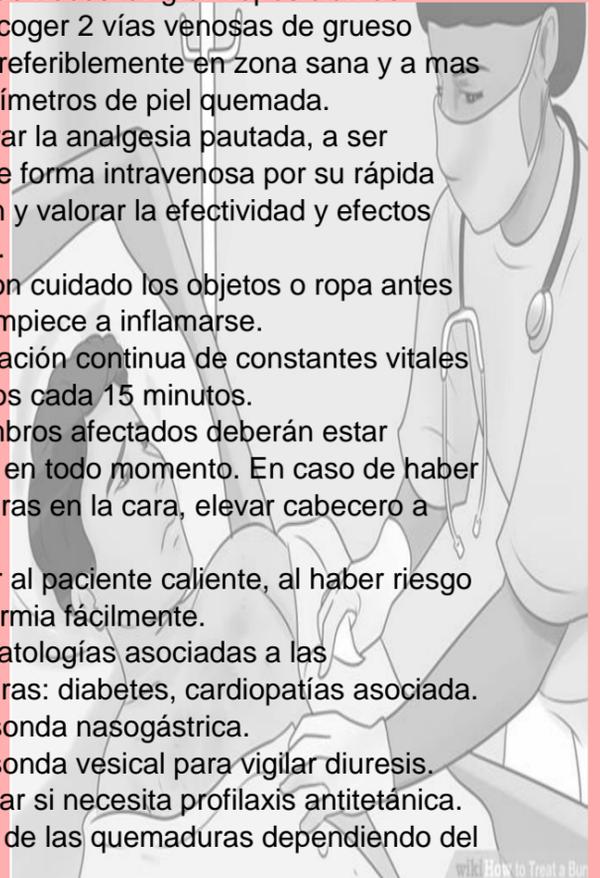
En pacientes con quemaduras masivas o en lesión por inhalación severa; se sugiere reposición de líquidos en tres fases, primeras ocho horas solución salina hipertónica, seguido de Ringer Lactato, y finalmente albúmina al 5%.



En las quemaduras de 1° no es necesario hospitalización, simplemente realizar limpieza con agua y jabón y aplicar crema hidratante.

Intervención de enfermería

- ☑ En caso de necesitar gran reposición de líquidos, coger 2 vías venosas de grueso calibre, preferiblemente en zona sana y a mas de 5 centímetros de piel quemada.
- ☑ Administrar la analgesia pautada, a ser posible de forma intravenosa por su rápida absorción y valorar la efectividad y efectos adversos.
- ☑ Retirar con cuidado los objetos o ropa antes de que empiece a inflamarse.
- ☑ Monitorización continua de constantes vitales o al menos cada 15 minutos.
- ☑ Los miembros afectados deberán estar elevados en todo momento. En caso de haber quemaduras en la cara, elevar cabecero a 30°.
- ☑ Mantener al paciente caliente, al haber riesgo de hipotermia fácilmente.
- ☑ Valorar patologías asociadas a las quemaduras: diabetes, cardiopatías asociada.
- ☑ Colocar sonda nasogástrica.
- ☑ Colocar sonda vesical para vigilar diuresis.
- ☑ Comprobar si necesita profilaxis antitetánica.
- ☑ Limpieza de las quemaduras dependiendo del grado.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON AHOGAMIENTO.

Definición

El ahogamiento puede definirse como la muerte por asfixia tras el paso de líquidos a la vía aérea.



Causa más frecuente en niños.

Tipos

El ahogamiento seco: No hay aspiración de líquido.

El ahogamiento húmedo: Se denomina así por producirse la aspiración de líquido a los pulmones.



Ahogamiento incompleto o casi ahogamiento: Se sufre insuficiencia respiratoria por ahogamiento, pero se sobrevive al episodio.

Ahogamiento secundario: En este caso produce un retardado de la insuficiencia respiratoria y sus efectos.

Cadena de supervivencia



Manejo extrahospitalario

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.

Si la víctima no respira y no tienen pulso, se debe efectuar la reanimación cardiopulmonar.



Si la persona comienza a respirar espontáneamente, se le debe colocar en posición lateral de seguridad.

Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.



Manejo a nivel hospitalario.

Anamnesis sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento:

- Traumatismo.
- Consumo de drogas.
- Enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica, etc.).



2

Exploración física.

- ▶ Comprobar 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.
- ▶ Valorar la termorregulación.



Atención de enfermería

Administrar oxígeno.

Iniciar la perfusión de glucosa al 5%.

Realizar radiografías de tórax.

Colocar sonda nasogástrica.

Si un paciente llega grave llevar a UCI.

Monitorizar: frecuencia cardíaca y respiratoria, E.C.G., T.A. intravascular, presión capilar pulmonar y gasto cardíaco.



Si el paciente ingresa en coma, es conveniente monitorizar la P.I.C.

Repetir cada 6hrs los Rx.

Determinar Ph y gases arteriales, al menos cada hora.

Repetir examen neurológico cada 2 horas.

Administrar medicamentos prescritos.

Monitorizar temperatura.



Atragantamiento por cuerpos extraños.

Se produce cuando generalmente al ingerir alimentos por una mala deglución (tragar mal), el alimento o el objeto obstruye la vía aérea. Esta puede ser parcial o total.



Maniobras de Heimlich

- ✓ Párese detrás de la persona y rodéela con los brazos por la cintura. Para un niño, es posible que deba hincarse.
- ✓ Forme un puño con una mano. Coloque el puño por el lado del pulgar justo encima del ombligo de la persona, bien por debajo del esternón.
- ✓ Agarre el puño firmemente con la otra mano.
- ✓ Realice una compresión rápida hacia arriba y hacia adentro con el puño.
- ✓ Verifique si el objeto ha salido.



Heimlich en bebés

Maniobra de Heimlich en bebés (empujes en el pecho).

Maniobra de Heimlich en bebés (golpes en la espalda).



Si el paciente pierde el conocimiento iniciar RCP.

RCP

- 1 Posición correcta: Estire los hombros, entrelace sus manos y apóyelas a 6cm del tórax.
- 2 Frecuencia: Es un circuito de 100/120 compresiones por minuto. Estas se combinan entre 30 compresiones y 2 ventilaciones.
- 3 Valoración: Cada dos minutos ver la evolución del paciente si reacciona o no.
- 4 Recuperación: Colocar al paciente en posición de seguridad.



Compresiones:

Adultos- Con 2 manos entrelazadas.
Niños- Con 1 mano es suficiente.
Bebés- Con 3 dedos y con pequeños toques.

Atención de enfermería

- ✓ Si no se expulsa el cuerpo extraño habrá que realizar endoscopia para su extracción.
- ✓ Administrar oxígeno.
- ✓ Monitorizar signos vitales.
- ✓ Administración de medicamentos.
- ✓ Mantener en observación al paciente.
- ✓ Etc.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.

Definición

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



Etiología

- Accidental
 - ▶ Alimentaria.
 - ▶ Medicamentosa.
 - ▶ Domestica.
 - ▶ Picaduras de animales.
 - ▶ Laboral
 - ▶ Contaminación ambiental.
 - ▶ Iatrogénica.
- Intencional
 - ▶ Drogas.
 - ▶ Alcohol.
 - ▶ Autolisis.



Vía de intoxicación



Formas de intoxicación.

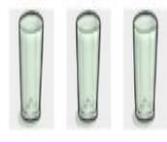
Aguda

De dosis única o múltiple. Síntomas de aparición rápida, muerte a corto plazo.



Subaguda

Por exposición frecuente en días o semanas. Sintomatología recurrente.

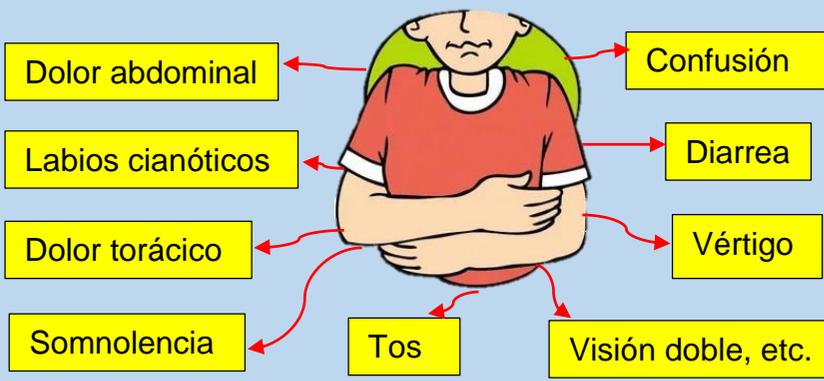


Crónica

Intoxicaciones repetidas prolongadas en el tiempo.



Síntomas



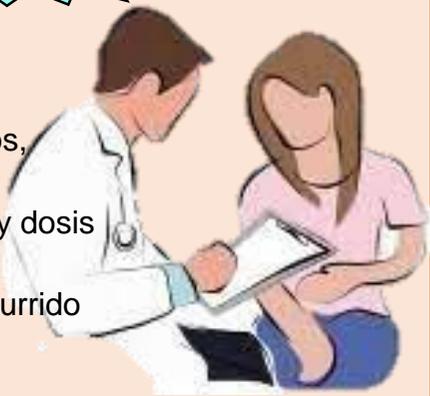
Actitud en urgencias

- Evaluar la gravedad del cuadro y proporcionar soporte vital si fuese necesario.
- Evaluación clínica general.
- Iniciar medidas terapéuticas de carácter general.
- Iniciar tratamiento específico después de identificar tóxico implicado.



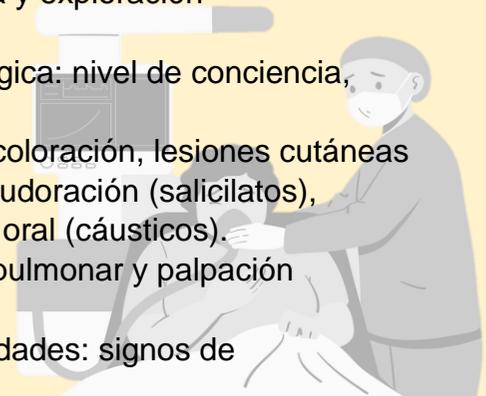
Evaluación Clínica

- ♥ Interrogar al paciente y a familiar/acompañantes: antecedentes psiquiátricos, hábitos tóxicos.
- ♥ Intentar identificar tóxico y dosis ingerida.
- ♥ Determinar tiempo transcurrido desde la intoxicación.
- ♥ Valorar vía de entrada.



Exploración física

- Valoración vía aérea y exploración cardiovascular.
- Exploración neurológica: nivel de conciencia, focalidad y pupilas.
- Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos).
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.
- Exploración extremidades: signos de venopunción.



Cuidados de enfermería

- ❖ Monitorización cardíaca, verificando pulso y control de la TA.
- ❖ Control neurológico.
- ❖ Preparación del material y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.
- ❖ Monitorización de signos vitales.
- ❖ Canalización de vía endovenosa.
- ❖ Administración de medicamentos prescritos.
- ❖ Aumentar la diuresis.
- ❖ Descontaminación ocular
- ❖ Vaciado gástrico.
- ❖ Lavado gástrico.
- ❖ Administración de carbón activado.
- ❖ Inducción al vomito (depende de la causa).
- ❖ Administre oxigenoterapia, etc.



Referencias bibliográficas

(s.f.). Recuperado el 16 de Septiembre de 2023, de <https://cuadrocomparativo.org/cuadros-sinopticos-y-comparativos-de-tipos-de-intoxicaciones/>

Martinez, S. (24 de Junio de 2020). *Cuidados generales de enfermería en el paciente intoxicado*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2023, de <https://www.salusplay.com/blog/cuidados-generales-enfermeria-paciente-intoxicado/>

UDocz. (s.f.). *UDocz*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2023, de <https://www.udocz.com/apuntes/567341/politraumatismo>

Universidad del Sureste. (2023). *Enfermería en urgencias y desastres. Atención de enfermería ante las emergencias traumáticas y desequilibrios del medio*. Pág.43-58. Villahermosa, Tabasco, México: UDS.