



universidad del sureste

**Alumno: irma roxana
hernandez lopez**

Cuatrimestre: 7to grupo:B

**Docente: Victor Geovani
Montero**

Actividad: super nota

**Materia: Enfermeria en
Urgencias y Desastres**

Especialidad: lic. enfermeria

fecha: 21/09/2023



ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

¿QUE ES?

Se define como paciente politraumatizado a aquel paciente herido que, tras un mismo incidente, presenta múltiples lesiones anatómicas y alteraciones funcionales, conllevando al menos una de ellas un riesgo vital



IDENTIFICAR Y TRATAR: ABCDE

- A. Vía aérea con control cervical
- B. Ventilación
- C. Circulación
- D. Neurológico
- E. Desvestir con control de la temperatura

VÍA AÉREA CON CONTROL CERVICAL

son maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia, revisión de la cavidad oral y valoración de vía aérea definitiva



INTUBACIÓN

- Preoxigenar con O2 al 100%: consiste en hacer respirar al paciente oxígeno al 100% en volumen
- Sedación (Etomidato 0.3 mgrs/kg = 20 mgrs: en pacientes conscientes, debe administrarse un fármaco IV de acción breve con propiedades sedantes analgésico combinados Midazolam 0.2 mgrs/kg) y relajación (succinilcolina 1-2 mgrs/kg = 100 mgrs)
- Intubar
- Comprobar. Inflar el balón y determinar la posición del tubo
- Ventilar. se realiza mediante un procedimiento invasivo que implican el uso de un tubo y una máquina
- Alternativas en caso de no intubación: dispositivo bolsa-válvula-máscara.

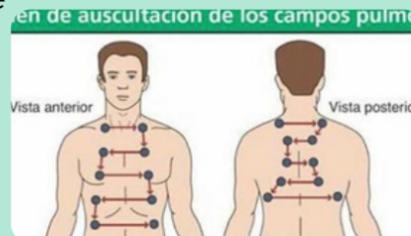
VENTILACIÓN

es un procedimiento que suple la función respiratoria del paciente y algunos casos es invasiva y no invasiva



COMO COMPROBAR LA VENTILACIÓN

- exponer y observar si existe deformidad, asimetría en los movimientos.
- auscultar: simetría o no en ambos campos pulmonares.
- percudir y palpar



CIRCULACIÓN

circulación y control de las hemorragias en estos pacientes es importante la identificación del shock y su tratamiento precoz. La causa más frecuente del shock en el paciente politraumatizado es de origen hipovolémico, aunque también puede ser neurogénico o cardiogénico. NO HEMORRÁGICO

- Neumotórax a tensión: es la acumulación de aire en el espacio pleural
- Taponamiento cardíaco/Cardiogénico: se acumula sangre o líquido dentro del saco que rodea el corazón
- Neurogénico

Mediante datos clínicos que nos dan información en segundos:

- Alteración del nivel de conciencia
- Frialdad cutánea y diaforesis
- Taquicardia y taquipnea: la taquicardia es un signo de una hemorragia
- Hipotensión
- Disminución en la diuresis



HIPOVOLÉMICO

- Pérdida de sangre
- Pérdida de líquidos



NEUROLÓGICO

Se trata de una exploración neurológica: estado de pupilas y Escala de coma de Glasgow.

Escala de coma de Glasgow: es una escala neurológica que mide el nivel de conciencia de una persona y sirve para valorar el nivel de conciencia de una persona con daño cerebral utiliza tres parámetros:

- la respuesta verbal
- la respuesta ocular
- la respuesta motora.



• Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE pueda deberse a:

- Mala oxigenación /ventilación
- Mala perfusión cerebral por shock
- Hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos.

DESVESTIR CON CONTROL DE LA TEMPERATURA

se debe retirar la ropa para llevar a cabo una evaluación completa evitando la hipotermia. Para controlar la temperatura debemos: calentar el ambiente, uso de mantas térmicas, calentar sueros y sangre

REVISIÓN PRIMARIA

- Monitorización cardíaca
- Pulsioximetría
- Sonda vesical, Sonda nasogástrica
- Radiografías y estudios diagnósticos



EVALUACIÓN SECUNDARIA

- realizar todas las radiografías, TAC, angiografía, urografía, ECO transesofágico, según las lesiones del paciente.

REVISIÓN DE LA CABEZA A LOS PIES

- Cabeza: examinar todas las lesiones, Estructuras maxilofaciales, torax, abdomen, Periné/recto/vagina
- sistema musculoesquelético: inspeccionar y palpar buscando fracturas ocultas
- Evaluación neurológica

TRATAMIENTO DEFINITIVO

se necesita determinaremos las necesidades del paciente para establecer su tratamiento definitivo

- MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA VÍA AÉREA: como primer objetivo. Limpiar la boca y la orofaringe de sangre, dientes rotos, prótesis dentales y otros cuerpos extraños, si la vía aérea no se mantiene permeable, es necesaria la intubación inmediata e incluso traqueostomía de urgencia.
- CONTROL DE LA HEMORRAGIA: todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias
- ASPIRACIÓN: en pacientes politraumatizados es posible que se acompañe de aspiración de sangre, contenido gástrico, secreciones orofaríngeas.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS

¿QUE ES?

Las quemaduras son daños al tejido o destrucción de los tejidos, y son causados por calor, sustancias químicas, electricidad, luz del sol o radiación nuclear.



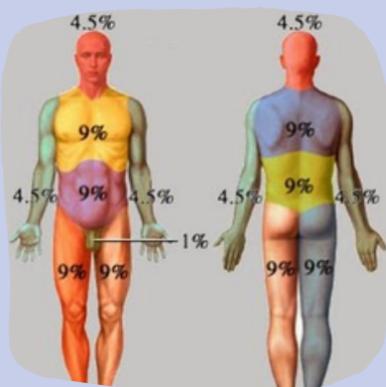
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PRONÓSTICO

- la edad
- extensión
- profundidad
- localización
- presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión y la existencia de patología previa



EXTENSION

El cálculo de la extensión se realiza exclusivamente en las quemaduras de segundo y tercer grado. La técnica más utilizada es la regla de los nueve de Wallace.

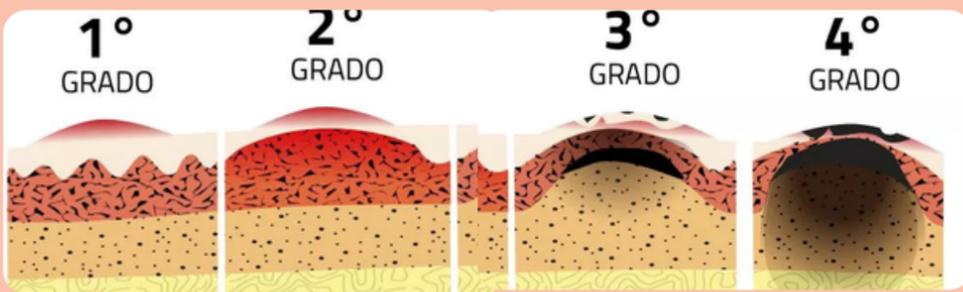


Regla de los 9 de Wallace: es un método que se utiliza para calcular la extensión cutánea quemada en un paciente.

El cuerpo se puede dividir en 9 partes o en múltiplos de 9 y a partir de ahí se puede calcular el porcentaje de quemadura. Dice que el cuerpo anterior y posterior son un 18% cada uno, cada miembro superior un 9% y cada miembro inferior 18% y la cabeza otro 9%. la palma del paciente supone el 1% de su superficie corporal.

PROFUNDIDAD

- La profundidad de una quemadura determina su severidad y se divide en cuatro grados:
- primer grado afectan la capa externa de la piel o epidermis y causan dolor, enrojecimiento e inflamación (eritema)
- Las quemaduras de segundo grado afectan la epidermis y la capa interna de la piel o dermis, causando eritema y ampollas.



- Las quemaduras de tercer grado se extiende hasta hipodermis, causando destrucción de todo el grosor de la piel y de los nervios, pueden causar pérdida de función o de la sensación.
- Quemaduras de cuarto grado. Las quemaduras de cuarto grado también dañan los huesos, los músculos y los tendones subyacentes. No hay sensación en la zona, ya que las terminales nerviosas han sido destruidas.



AGENTE CAUSAL.

El agente causal más frecuente de las quemaduras es el fuego.

- CONTACTO suelen ser bien circunscritas, de poca extensión, pero profundas.
- QUÍMICAS. Las lesiones suelen ser profundas pero con bordes bien definidos.
- ELÉCTRICAS. Son de poca extensión, pero profundas.
- ESCALDADURA son producidas por agua o aceite

GRAVEDAD

Está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente



EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

- Examen general.
- Historia clínica completa: Agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos
- Examen de la quemadura: extensión, área afectada, profundidad



TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

- Enfriamiento con agua durante 15-20 minutos. los lavados se deben realizar bajo asepsia rigurosa. Limpieza con agua y jabón de glicerina o con clorhexidina.
- Desbridamiento de las zonas necróticas y flictenas rotas. Retirar los apéndices pilosos próximos a la herida y Se recomienda desbridar todas las flictenas mayores de 2 centímetros.
- en quemaduras de primer grado se recomienda realizar la limpieza con agua y jabon suave y utilizar cremas hidratantes con urea y acido lactico
- En el tratamiento de las quemaduras graves se debe iniciar 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.
- Soporte vital avanzado como si se tratase de un politraumatizado. ABCDE.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.

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
- Respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe.
- La reanimación inmediata en la escena es esencial para la supervivencia y correcta recuperación neurológica después de un proceso de ahogamiento,
- No se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea
- Control de la hipotermia ya que a menor temperatura corporal, menos necesidad de consumo de oxígeno, una hipotermia puede dar lugar a diversas alteraciones en el organismo
- Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.



EN EL MANEJO A NIVEL HOSPITALARIO:

Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento:

- Traumatismo tener en cuenta las posibles lesiones craneo encefálicas, consumo de drogas, enfermedad como epilepsia, cardiopatía isquémica. Ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín.

Exploración física:

- Realizar una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, para comprobar la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial
- valorar el estado neurológico valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación
- LESIONES ASOCIADAS Y COMPLICACIONES
- Vía aérea: apnea, disnea, cuerpo extraño en la vía aérea
- TCE, traumatismo cervical ante la duda, hay que manejar al enfermo como su TCE, inmovilizando con collarín
- Cardiocirculatorio: hipotensión arterial, arritmias



MEDIDAS DE REANIMACIÓN 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.



FUNCION RESPIRATORIA

- En los pacientes que no reciben las medidas iniciales de oxigenación o disminuye el nivel de conciencia debe considerarse la intubación orotraqueal y ventilación precoz.
- La intubación está indicada en apnea, dificultad respiratoria grave o hipoxemia refractaria al oxígeno.
- La reanimación precoz y las medidas encaminadas a prevenir complicaciones tardías son fundamentales y deben ser trasladados lo antes posible al Hospital.
- la hipotermia protege al cerebro de la hipoxia, y se han observado recuperaciones completas después de inmersiones en agua muy fría durante más de treinta minutos, intoxicación por barbitúricos, de alcohol, otras drogas.
- hay que reanimar siempre, y prolongar la reanimación cardiopulmonar en las situaciones mencionadas, especialmente en la hipotermia.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO

ACCIDENTAL

- Laboral.
- Doméstica.
- Iatrogénica.

LABORAL

- Drogas.
- Alcohol
- Autolisis.



EVALUACIÓN CLÍNICA.

ANAMNESIS:

- 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.



CUIDADOS GENERALES

- Realizar la valoración primaria (ABCDE)
- Estabilización hemodinámica: Monitorización cardíaca, verificando pulso y control de la TA.
- 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)
- Estabilizar, controlar y medidas de mantenimiento: Preparación del material y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.
- Control de constantes: Monitorización del paciente. Hay que valorar tensión arterial, frecuencia cardíaca, 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.
- Administración de medicación.
- Medidas para aumentar la diuresis.



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
- Gastrointestinal. Por vía digestiva se producen el mayor número de intoxicaciones. Para 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



LAVADO GÁSTRICO

Aplicado dos horas después de la ingesta su eficacia es dudosa y presenta riesgo de aspiración. Se realiza con sonda orogástrica de gran calibre y el paciente en decúbito lateral izquierdo

CARBÓN ACTIVADO.

la administración de carbón activado constituye una alternativa 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.

EVALUACIÓN CLÍNICA. ANAMNESIS:

- 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, pupilas
- Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas, sudoración, lesiones en cavidad oral.
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.
- Exploración extremidades: signos de venopunción.

