



Nombre del Alumno:

Bautista Molina Gabino Gabriel

Nombre del Profesor (@):

MIGUEL ANGEL LOPEZ LOPEZ

Cuatrimestre:

7° CUATRIMESTRE

Materia:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

Tema: CUADRO SINOPTICO

Fecha:10/10/2024

UNIDAD II ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS

2.4.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Definición: paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida. Supone la primera causa de muerte en los países desarrollados en menores de 45 años.

Identificar y tratar: ABCDE

B. Ventilación

C. Circulación

D. (Disability) Neurológico

E. Desvestir con control de la temperatura

Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central) pueda deberse a:

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

La reevaluación continua del paciente permite detectar tanto lesiones que habían pasado desapercibidas como cambios en los signos vitales que nos indican que el tratamiento no ha sido efectivo o que no hemos tratado la causa.

TRATAMIENTO DEFINITIVO 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

CONTROL DE LA HEMORRAGIA:

La hemorragia en el traumatizado facial puede ser masiva y si no se trata adecuadamente puede llevar al shock. Debemos recordar siempre que todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias.

2.4.2 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.

DEFINICIÓN.

Destrucción 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. Los mecanismos de producción más frecuentes son las llamas y líquidos calientes.

EXTENSIÓN.

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.

PROFUNDIDAD.

Se distinguen cuatro grados. Caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo. No formación de flictenas. La quemadura típica es la quemadura solar. Su extensión no se incluye en el cálculo de la superficie lesionada en los grandes quemados.

PROFUNDA.

Se conservan escasos restos de folículos pilosos y glándulas sebáceas. Se forman menos flictenas, y el fondo es moteado con áreas eritematosas y otras nacaradas. 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.)

AGENTE CAUSAL.

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.

- CONTACTO - ELÉCTRICAS.
- QUÍMICAS. -ESCALDADURA

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.

2.4.3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.

Actuación con el paciente ahogado

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.
- Respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe.
- 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.
- Masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores.
- 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, como arritmias y alteraciones metabólicas, sobre todo cuando la temperatura corporal comienza otra vez a ser normal.
- Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.

En el manejo a nivel hospitalario:

1. Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento
2. Exploración física

Una vez valorado y estabilizado en la medida de lo posible por un equipo de emergencias entrenado para realizar el SVA, el paciente llegará al hospital donde, en el caso de que se le haya realizado una reanimación o de que tenga un bajo nivel de conciencia se le trasladará a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Función respiratoria:

En los pacientes en los que fracasan las medidas iniciales de oxigenación con mascarilla de oxígeno con reservorio o la ventilación no invasiva (CIPAP, BIPAP), 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.

2.4.4 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO

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

ETIOLOGÍA.

- Accidental: • Laboral. • Doméstica. • Iatrogénica.
- Intencional: • Drogas. • Alcohol. • Autolisis. • Actitud en urgencias ante un paciente intoxicado.

- 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. 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 (midriasis: cocaína, tricíclicos, fenotiazinas, miosis: opiáceos, organofosforados, alcohol, benzodiazepinas).
- Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos).
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.

Bibliografía

UNIDAD II ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS

2.4.1. Atención de enfermería al paciente politraumatizado. ----- 41

2.4.2. Atención de enfermería al paciente quemado. ----- 46

2.4.3. Atención de enfermería al paciente con ahogamiento. ----- 52

2.4.4. Atención de enfermería al paciente intoxicado.----- 55