



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS

PLANTEL VILLAHERMOSA

Licenciatura en Enfermería

Manual de urgencias de enfermería

Presenta:

Gladys López Mayo

Edwin Dilbert López Hernández

Nombre completo del docente

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Grado y grupo:

7° LEN-M

Contenido

Objetivo general.....	3
Objetivos específicos	3
Introducción	4
1.-Concepto de urgencia y emergencia	5
2.-Clasificación de la urgencia o emergencia “TRIAGE”	9
3.-Concepto de catástrofe y desastre natural	13
4.- Atención de enfermería ante las emergencias traumáticas y desequilibrios con el medio ambiente.	15
4.1.- Atención de enfermería al paciente politraumatizado.	15
4.2.- Atención de enfermería en pacientes con quemaduras.....	20
4.3.- Atención de enfermería en ahogamiento.	26
4.4.- Atención de enfermería en pacientes intoxicados	29
Conclusión	33
Anexos	34
Anexo 1: clasificación Triage.....	34
Anexo 2: escala de coma de Glasgow.....	34
Anexo 3: fisiopatología del paciente traumatizado.....	35
Anexo 4: regla de los nueve de Wallace	35
Anexo 5: fisiopatología del ahogamiento.....	36
Anexo 6: posición de recuperación ante intoxicación.....	36
Bibliografía.....	37

Objetivo general

El objetivo del siguiente manual de urgencias de enfermería es para impulsar a la enfermería hacia un mejor conocimiento de la valoración de las situaciones críticas, la actuación de desastres, el manejo de medicamentos y su mantenimiento.

Objetivos específicos

- Identificar situaciones que requieran una atención urgente, asignado la prioridad y ubicando a los pacientes en la zona adecuada, aplicando el protocolo de Triage/RAC.
- Detallar las actuaciones de enfermería, realizadas de forma rápida y segura, necesarias ante las necesidades de cuidados que demande la situación del paciente, relacionadas con los problemas de salud que precisan una actuación de urgencia.
- Conocer la valoración inicial y secundaria ante situaciones de urgencias y emergencias.

Introducción

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII, lo cual provoca un intento de separación de los pacientes según su nivel de gravedad y su tipo de enfermedad; como tales las urgencias médicas aparecen por primera vez en los campos de batalla, a principios del siglo XIX, como una respuesta a la necesidad de una rápida recuperación de los soldados.

Una urgencia se puede definir como todo aquel problema médico-quirúrgico que requiere de atención médica inmediata porque pone en peligro la vida del paciente, es por ello que, en urgencias se da prioridad a situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y el orden de atención a los pacientes, sigue un código de priorización: rojo, amarillo y verde; por esta razón no se atiende conforme llegue el paciente.

Estas urgencias se atienden mediante la función de la organización de cada sistema sanitario, básicamente se dividen en hospitalarios y extrahospitalarios que generalmente las cubren la atención primaria de salud y servicios de ambulancias.

Por ello el presente manual de enfermería de urgencias es un documento en el cual se ha plasmado contenido referente a la actuación del área de enfermería durante eventos de urgencias en los cuales la vida del paciente corre peligro y es necesario la pronta intervención de los enfermeros y enfermeras.

1.-Concepto de urgencia y emergencia

La atención urgente surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata, ya sea: Por accidente. Por la aparición súbita de un cuadro grave. Por empeoramiento de una enfermedad crónica. Para evitar sobrecargas en los servicios hospitalarios de urgencias, por favor acude a estos servicios sólo en casos de emergencia o cuando sea necesaria atención sanitaria inmediata. La terminología usada en el dominio de la ayuda sanitaria urgente varía, no sólo dentro de nuestro país, sino entre los distintos países de nuestro entorno socioeconómico.

Urgencias

Existen diversos criterios a la hora de definir el concepto de urgencia sanitaria, entre éstos se encuentra el que resume la filosofía que ha servido a la Seguridad Social para establecer los Servicios especiales o normales de Urgencia:

- “Urgencia es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario laboral normal”. Se trata de un criterio eminentemente funcional.
- Las diversas asociaciones sanitarias americanas, a modo de ejemplo, definen urgencia como: “Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata”. Se trata de un criterio centrado en la percepción del usuario.
- Comúnmente se acepta que: “Urgencia es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona”.

Tipos de urgencia

Atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones:

- **Urgencia subjetiva:** Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.
- **Urgencia objetiva** Sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado.
- **Urgencia vital** Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o

cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento; este concepto hace referencia al término Emergencia.

Emergencia

Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. Normalmente estamos frente a una emergencia cuando:

- La persona afectada está inconsciente.
- Se sospecha que ha sufrido un infarto o tiene un paro cardiaco.
- Hay una pérdida abundante de sangre.
- Se sospecha que puede haber huesos rotos.
- Se sospecha que puede haber heridas profundas, por ejemplo, de arma blanca. Cuando se observan dificultades para respirar.
- Cuando se observan quemaduras severas.
- Cuando se observa una reacción alérgica severa.

Tipos de emergencia

• Conato de Emergencia

Es el accidente o posibilidad de riesgo que pueda ser valorado, controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y medios del propio Centro. En un conato de emergencia actuara el E.P.I. correspondiente a la zona y la Brigada General que si lo considera necesario solicitara la ayuda exterior (Bomberos, policía, etc.).

Se ha destacado que la característica fundamental del Conato de Emergencia es que su resolución se hace con los medios disponibles en el lugar donde se produce. Siempre deberá informarse de la situación y de su resolución al responsable del Comité de Catástrofes.

• Emergencia Parcial

Es el accidente que para ser dominado requiere la actuación de los equipos especiales del Centro y medios de los Servicios Públicos.

Para ser tal, los efectos de la Emergencia Parcial quedarán limitados a un área o zona fácilmente controlable y que, previsiblemente, no afectarán a otras colindantes.

Supuestamente habrá que trasladar pacientes del sector de riesgo a otra zona protegida, por posible efecto de humo o llamas.

En caso de Emergencia Parcial, el Comité de Catástrofes, además de las acciones generales enunciadas anteriormente, realizará las siguientes:

1. Apertura del Plan de Emergencia del Centro.
2. Control de llamadas por centralita telefónica.
3. Asegurar el mantenimiento de las vías de acceso al Hospital expeditas.
4. Cese de determinadas actividades: Urgencia, Bloque Quirúrgico, Suspensión de Consultas, o aceleración de actividades como intervenciones iniciadas, etcétera.
5. Preparar la posible evacuación, según normas que se detallan más adelante.
6. Activación del Equipo de Información, para ello el Servicio de Admisión facilitará listado de los enfermos ingresados en la zona afectada.
7. Preparación del Área de Información a familiares.
8. Preparación de la Oficina de Información a la Prensa.
9. Alerta a los Servicios Centrales y Generales del Hospital:
 - Banco de Sangre. Laboratorios
 - Plantas de Hospitalización
 - Radiología.
 - Laboratorios.
 - Quirófanos.
 - Reanimación.
 - Centralita.
 - Resto de servicios administrativos
10. Redistribución interna de los Recursos Humanos existentes en el Centro.
11. Habilitación de espacios libres y zonas de seguridad. Necesariamente el Plan de Catástrofes Internas de cada Centro contemplará la existencia de zonas de seguridad en cada Área y la alternativa en caso de que sea ella la afectada.
12. Dar instrucciones para efectuar el cordón de seguridad en torno al Hospital e impedir la entrada de personas ajenas al Hospital.
13. Vigilar que se han tomado las medidas habituales para controlar el siniestro.
14. Suspender el funcionamiento de los ascensores (salvo el declarado para uso de bomberos).
15. Cortar suministros de gases y fluidos, por el Servicio de Mantenimiento, previa consulta y valoración de las zonas afectadas.

- **Emergencia General**

Es el accidente que precisa de la actuación de todos los equipos y medios de protección del Centro sanitario y de la ayuda exterior.

La Emergencia General podrá comportar la evacuación o aislamiento de determinadas áreas del Hospital y el traslado de pacientes.

El Comité de Catástrofes desarrollará las acciones enunciadas en la Emergencia Parcial y además las siguientes:

1. A propuesta de los Bomberos, pondrá en marcha la Evacuación parcial o total del Hospital.
2. Dará las instrucciones oportunas para la Localización y Movilización del Personal que, en virtud de su horario, no se encuentren físicamente en el Centro.
3. El Servicio de Mantenimiento igualmente tendrá que prever la movilización del personal de Mantenimiento de tal forma que se garanticen las necesidades adicionales de oxígeno, puntos de luz, etcétera.
4. El sistema de localización será telefónico, siendo por ello necesario que el primer lugar a reforzar sea la Centralita telefónica. Es recomendable que todos los teléfonos de personal estén en lugar accesible a cualquier hora del día.
5. Aunque el Hospital deberá continuar atendiendo a las Urgencias vitales, el Comité de Catástrofes dará orden de desviar a aquellos pacientes que lleguen a Urgencias y que estén en condiciones clínicas que permitan su derivación a otro Centro sanitario previamente designado.
6. Evaluar la necesidad de Expansión del Hospital. Para ello el Hospital deberá contar previamente con determinadas zonas de seguridad que puedan ser utilizadas para su posible expansión. Igualmente se contemplará la utilización de zonas adyacentes a éstas.
7. Igualmente, la elaboración de esta Guía de zonas contiguas de seguridad y expansión contribuirá a valorar, si existen elementos en la actualidad que por razones estéticas o funcionales limitan o impiden una rápida y eficaz evacuación.

2.-Clasificación de la urgencia o emergencia “TRIAGE”

Triage es el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. También denominado Triage, se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.

OBJETIVOS.

- Actuación lo más rápida posible en el lugar de los hechos.
- Clasificación y atención a los heridos más graves, que morirían en los primeros momentos (vía aérea, hemorragias, dificultades respiratorias), de no ser rápidamente atendidos con maniobras rápidas y sencillas.
- Documentar a las víctimas (datos de filiación, lesiones, prioridad, atención recibida).
- Control del flujo y distribución de las víctimas.
- Aplicación de medidas diagnósticas y terapéuticas si procede.
- Discernir rápidamente entre pacientes críticos y pacientes que no lo son (amenazas para la vida son hemorragia, asfixia y shock.).
- A la hora de priorizar se considera que el salvar la vida tiene preferencia sobre salvar el miembro, y la función sobre el defecto anatómico.

El Triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de Triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación:

Triage I (rojo): requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II (anaranjado): la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de

un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage III (amarillo): la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV (verde): el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V (azul): el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. (**Anexo 1**)

- En ninguna circunstancia el Triage podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.
- El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del *Triage* y, en consecuencia, el *Triage* debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias.
- Los prestadores de servicios de salud deberán proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos.
- Para las categorías IV y V del *Triage*, es fundamental que las entidades responsables del pago de los servicios de salud en conjunto con sus redes de prestadores de servicios de salud y de forma articulada con las entidades territoriales de salud, adelanten estrategias que garanticen y mejoren la oportunidad para el acceso a los servicios conexos a la atención de urgencias, entre ellos, consulta externa, general, especializada y prioritaria, así como los servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.

Esta clasificación también se utiliza en el campo de batalla, y para completarla es necesario agregar dos colores, que pueden encontrarse uno en cada extremo de la lista: el **blanco**, que representa a las personas fallecidas en la catástrofe; el **negro**, para describir a aquellos pacientes cuyas probabilidades de recuperación son demasiado bajas. Algunos trajes asocian este último cuadro con la *agonía*. En cualquier caso, tanto el blanco como el negro indican que el centro de salud no les destinará ningún recurso, y por eso no suelen formar parte de los carteles informativos que aparecen en las salas de emergencias.

Los colores deben ser visibles, bien con tarjetas que se cuelgan a las víctimas o bien coloreando frente o zonas visibles de estas con rotuladores (según los medios disponibles se podrán usar pinzas de colores etc.). Una opción válida para la adjudicación de los colores y de fácil aplicación sería la siguiente:

- La primera ayuda que llegue a la zona del incidente debe indicar a las víctimas que se trasladen a una zona cercana, fuera de peligro y previamente señalizada (árbol, poste, banderín, etc.), sin forzar a nadie.
- A los que puedan desplazarse sin ayuda se les asignará código VERDE
- Posterior e inmediatamente se procederá a la clasificación de las víctimas que no han podido desplazarse, no empleando más tiempo del necesario. Esta clasificación se hará teniendo en cuenta: la respiración (B), la circulación (C) y el estado mental de las víctimas (N).

(B)- RESPIRACIÓN.

- Si no respira espontáneamente o tras abrir la vía aérea → Negro o Gris
- Si respira espontáneamente o tras abrir vía aérea (tener presente la maniobra frente-mentón) → ROJO
- Si el equipo que acude en primer lugar está suficientemente cualificado determinará frecuencia respiratoria y si ésta es > de 30 → ROJO y si < de 30 → pasar a (C).

(C)- CIRCULACIÓN

Si el equipo no está cualificado comprobaremos signos indirectos de circulación, como movimientos (dedos, lengua, etc.) Si, por el contrario, el equipo está cualificado valorará pulso carotideo durante no menos de 5 segundos y:

- sí es débil y/o irregular ROJO
- sí es fuerte PASAR A (N)
- si no hay pulso NEGRO O GRIS
- Si existiese hemorragia deberemos taponar el punto de salida, bien por el propio enfermo o con algún lesionado de código verde si fuese posible (nunca por el propio evaluador).

(N)-ESTADO NEUROLÓGICO

Se valorará la obediencia a órdenes sencillas y concretas como, por ejemplo: mueve tal miembro o tal otro, abre y cierra los ojos, aprieta las manos, etc. Y

- Si obedece→AMARILLO
- No obedece→ROJO

En situaciones óptimas de poder hacer un segundo Triage, se reevaluará a los lesionados, dedicando más tiempo y ayudándonos de un mínimo aparataje (tensiómetro, pulsioxímetro, etc.). En una 2ª reevaluación, o incluso 1ª si se dispone de personal suficiente y experimentado, nos valdremos de los siguientes parámetros para tener unos índices pronósticos:

- Escala de Glasgow (**Anexo 2**)
- Tensión arterial sistólica
- Frecuencia respiratoria
- Expansión pulmonar
- Tiempos de relleno capilar

Estos 5 parámetros son conocidos como RTS (Revise Trauma Score) descritos por Champion y cols. Son rápidos, funcionales y de un alto valor predictivo sobre las víctimas de un siniestro con múltiples víctimas.

Una vez evaluada y clasificada una víctima deberemos proceder al control de la vía aérea en víctimas inconscientes (apertura y colocación de un tubo orofaríngeo), mantenimiento de la integridad de la columna cervical (mediante el empleo de collarines, salvo en víctimas con heridas penetrantes en cabeza o cuello), así como el control de las hemorragias (mediante presión y torniquetes si procede).

3.-Concepto de catástrofe y desastre natural

Catástrofe

Es evento extremo, de origen natural o humano, que al afectar a un lugar en un momento dado puede causar daños y perturbaciones tales que desencadenen un proceso de desastre. los conceptos “catástrofe” (en inglés habitualmente Hazard) y “desastre”, aunque suelen confundirse en el lenguaje coloquial, tienen significados diferentes. la catástrofe es un acontecimiento que, en un contexto preexistente de vulnerabilidad, puede actuar como desencadenante de un desastre, esto es, de un proceso de fuerte crisis y desestructuración socioeconómica con graves consecuencias en diversos planos (hambruna, miseria, epidemias, éxodo, etc.).

La gravedad y el tipo de impacto que ocasiona el desastre depende, por supuesto, de la intensidad y características de la catástrofe que lo haya originado, pero tanto o más del grado de vulnerabilidad al que estuviera sometida la población afectada. las catástrofes admiten básicamente dos clasificaciones.

En primer lugar, pueden ser naturales, como los huracanes y erupciones volcánicas; o humanas, como los conflictos armados, los accidentes nucleares o la mayoría de los incendios. es preciso señalar, sin embargo, que desde los años 70 se ha extendido la conciencia de que muchas de las denominadas calamidades naturales no lo son tanto, sino que constituyen fenómenos vinculados al sistema social y favorecidas por la acción humana. sería el caso de las inundaciones derivadas de la excesiva urbanización de las cuencas fluviales, o las sequías propiciadas por la deforestación y el calentamiento global. a su vez, algunas de las catástrofes humanas (como un escape radioactivo) puede ser alterado por factores naturales tales como la dirección y velocidad del viento. en definitiva, la frontera entre lo natural y lo humano en las catástrofes es difusa, y todas tienen parte de ambos componentes.

En segundo lugar, las catástrofes pueden ser de gestación lenta, como las sequías, o de irrupción repentina, como los terremotos o las inundaciones. este aspecto es muy importante, ya que condiciona el tipo de ayuda humanitaria que se necesita proporcionar. las sequías, por ejemplo, pueden tardar un largo período de tiempo, probablemente dos o más años, en desencadenar el desastre, lo cual permite la anticipación de éste mediante los sistemas de alerta temprana, así como la implementación de intervenciones bien planificadas, que cuenten con la participación de la población local a través de enfoques como el diagnóstico rural participativo, y que persigan la vinculación emergencia-desarrollo. sin embargo, en el caso de

las catástrofes súbitas, la premura de tiempo dificulta seriamente todos esos aspectos, y hace prioritario, al menos en un primer momento, el despliegue de medios logísticos que garanticen una ayuda rápida para la subsistencia de las víctimas (ver acción humanitaria: concepto y evolución).

Desastres naturales

Se consideran desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre. Se clasifican en:

- Meteorológicos. • Ciclones y huracanes tropicales. • Inundaciones. • Sequía. • Tormentas locales severas (eléctricas, tornados, trombas marinas, granizos). • Tormentas de polvo. • Borrascas. Geomorfológicos- Geológicos. • Terremotos y tsunamis. • Erupciones volcánicas. • Avalanchas de nieve. • Glaciales. • Hundimientos.
- Contaminación del agua. • Quema de carbón. • Erosión costera. Ecológicos. • Malas cosechas. • Plagas de insectos. • Declive de arrecifes de coral.
- Medio ambiente. • Lluvia ácida. • Atmosféricos. • Contaminación. • Efecto invernadero. • Aumento del nivel del mar. • Efecto del fenómeno "El Niño". • Descenso de la capa de ozono.
- Extraterrestres. • Impacto asteroide. • Aurora boreal.

De todos los anteriores podemos resumir que los ciclones tropicales, las intensas lluvias, las penetraciones del mar, las tormentas locales severas y las intensas sequías son las que históricamente más han afectado nuestro país.

4.- Atención de enfermería ante las emergencias traumáticas y desequilibrios con el medio ambiente.

4.1.- Atención de enfermería al paciente politraumatizado.

Concepto

Politraumatizado es todo aquel paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático, de las cuales, al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida del mismo.

Clasificación

- **Politraumatismo simple (leve):** Varios golpes, fracturas sin compromiso de hemorragia interna o externa, por lo general no hay traumatismos de cráneo, no hay pérdida de conocimiento.
- **Politraumatismo moderado:** Tienen más de una fractura; puede haber traumatismo de cráneo, pero sin pérdida de conocimiento.
- **Politraumatismo grave:** Varias fracturas, hemorragias, traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento

Fisiopatología

La fisiopatología del politraumatizado se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS, que puede ser excesiva, y su equilibrio con una respuesta antiinflamatoria que se activa paralelamente para paliar esa respuesta inflamatoria.

El traumatismo supone el “primer golpe” para el organismo, el cual produce una lesión tisular inicial inespecífica que produce daño endotelial (con adherencia de leucocitos polimorfonucleares a los vasos sanguíneos, liberación de radicales libres y proteasas, aumento de la permeabilidad vascular y edema intersticial) activación del complemento y de la cascada de coagulación, liberación de DNA, RNA, células y sus fragmentos, y diferentes moléculas que forman en conjunto lo que se llama el “molde molecular de peligro”

Se liberan interleuquinas proinflamatorias (IL 1,6, 10 y 18...) como respuesta del sistema inmunológico frente al daño tisular, que junto con los mediadores y muerte celular (DAMP, apoptosis, citoquinas, necrosis) producidos directamente del daño tisular, dan lugar a una disfunción de la mayoría de órganos y sistemas (pulmón, SNC, musculo-esquelético,

homeostasis...), formando en su conjunto el Síndrome de Respuesta Sistémica Inflamatoria (SIRS), que se evidencia clínicamente como hipoxia, stress, hipotensión, Insuficiencia Renal, propensión a la infección, y que puede evolucionar, si no se corrige correctamente, hacia un Fallo Multiorgánico, de elevada mortalidad. De entre las interleuquinas proinflamatorias, la IL-6 es la más específica para los politraumatizados y permanece elevada durante más de 5 días. La acción de la IL-6 es fundamentalmente activar a los leucocitos. El TNF (otro mediador inflamatorio) aumenta la permeabilidad capilar y favorece la migración tisular de neutrófilos.

Paralelamente, se activan y secretan las citoquinas antiinflamatorias como la IL-1Ra, IL4, IL 10, IL 11 y 13. Cuando la secreción de las IL proinflamatorias excede a las antiinflamatorias, aparece el cuadro de SIRS. Mientras que si predominan las antiinflamatorias sobre las proinflamatorias aparece un cuadro inmunosupresor que favorece el desarrollo de infección y sepsis. Cuando están equilibradas ambos tipos de IL, ni se producirá un SIRS ni un cuadro inmunosupresor. (**Anexo 3**)

Valoración de enfermería

La valoración inicial consiste en recoger la máxima información general del paciente, de esta valoración puede depender la vida del paciente.

Está consiste en identificar y tratar rápidamente aquellas lesiones que constituyen una amenaza vital, por lo que se realiza de forma ordenada y sistemática mediante el esquema (ABC), vía aérea, control respiratorio y circulatorio. También es de gran importancia valorar una posible lesión medular. El estado neurológico y la exposición del paciente.

- **A-Control de vía aérea y control cervical**

En primer lugar, debemos actuar en todo momento protegiendo al paciente, y teniendo en cuenta que puede tener una lesión de la columna cervical. Valoraremos la permeabilidad y estabilidad de la vía aérea, esto es primordial en la atención del paciente politraumatizado. Para ello establecemos comunicación con el paciente, si este está consciente y contesta con voz normal y con coherencia significa que la vía aérea está libre y la perfusión cerebral es adecuada.

En caso contrario si el paciente se encuentra inconsciente hay que comprobar su vía aérea, para ello elevaremos su mentón (maniobra frente-mentón) para evitar una bronco aspiración,

la caída de la lengua hacia atrás y permitir una mejor entrada de aire. Al hacer tracción del mentón, la cabeza y el cuello no debe ser hiperextendido.

Realizaremos esta maniobra de tracción con control cervical, posteriormente colocaremos un collarín rígido. Revisaremos la boca en busca de cualquier cuerpo extraño que pueda estar obstaculizando la entrada de aire, si la vía aérea esta obstruida extraeremos el cuerpo extraño utilizando el dedo índice, colocaremos una cánula orofaríngea o cánula de Guedel y aspiráramos posibles secreciones.

- **B- Respiración**

Es decisivo para descartar cualquier lesión torácica. Comprobaremos que el paciente este recibiendo un buen flujo de aire, y que su vía aérea esta permeable. Principales patologías a descartar en este paso: neumotórax a tensión, neumotórax, abierto, volet costal y rotura de vía aérea. Una vez descartada la lesión, por protocolo aportaremos al paciente oxígeno a alto flujo (según necesidad) y monitorizaremos con pulsómetro.

- **C- Circulación y control de la hemorragia**

El objetivo es que el paciente este recibiendo una buena perfusión sanguínea a los tejidos y evitar complicaciones asociadas a la perdida de sanguínea. En primer lugar, comprobaremos la ausencia o no de pulso en grandes arterias, valoraremos el nivel de consciencia del paciente, controlaremos las hemorragias externas, monitorizaremos los signos vitales: pulso y tensión arterial. Valoraremos la coloración de la piel, sudoración, temperatura y llenado capilar.

Canalizaremos dos venas periféricas con catéteres cortos y grueso de calibre 14 ó 16, de no ser posible se deberá colocar una vía central o intraósea, para la posible administración de fármacos y sueros. Valorar transfusión sanguínea. Tomaremos muestras de sangre para Hematocrito, Hemoglobina, pruebas cruzadas y toxicológicas. Controlaremos la hipotermia. Valoraremos la colocación de una sonda vesical.

- **D- Estado neurológico**

Tiene como objetivo valorar la afectación neurológica del paciente. Vigilaremos el estado de alerta, evaluaremos la respuesta a la voz, al dolor y la respuesta a estímulos, para ello

utilizaremos la escala de Glasgow y la semiología pupilar (simetría, tamaño y reacción a la luz de las pupilas).

- **E- Exposición del paciente**

El paciente debe ser desnudado por completo, si es necesario cortaremos la ropa, descubriendo zona por zona y cubriendo las áreas ya valoradas para evitar la hipotermia. Realizaremos un buen examen y una evaluación completa de los daños, siendo minuciosos y teniendo cuidado de no movilizar la columna, para ello se movilizará al paciente en bloque para valorar la parte posterior.

Valoración secundaria

El examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración primaria y resuelto los problemas vitales (ABC). Una vez conseguido realizaremos la valoración secundaria que consiste en una exploración física segmentaria, céfalo-caudal, mediante la vista (inspección), el oído (auscultación) y el tacto (palpación), incluyendo los signos vitales y examen neurológico. Buscando lesiones no detectadas en la valoración primaria.

- Conocer su historia: Buscar y descartar lesiones específicas, obtener más información, alergias a medicamentos, medicación habitual, antecedentes médicos y quirúrgicos, eventos que precedieron al accidente, última comida realizada.
- Realizar una exploración física minuciosa, valorar si existen quemaduras, preparar al paciente para exámenes complementarios, coordinar el traslado del paciente ya sea a planta, quirófano o a unidad de cuidados intensivos.
- En la exploración física examinaremos: cabeza y cara, columna cervical y cuello, tórax y espalda, abdomen y pelvis, periné, recto y vagina, músculo esquelético y neurológico.
- Buscaremos heridas y protrusiones, contusiones, quemaduras, signos de fractura craneal, hematomas, otorragia, lesiones oculares, zonas asimétricas, pérdida de líquidos, deformidades, signos de hemorragia interna, movilidad, color, dolor, pulsos, sensibilidad.
- En la valoración secundaria también se realiza un examen neurológico básico: apertura de los párpados, respuesta motora, respuesta verbal.

- Es primordial en los pacientes politraumatizados las constantes revaluaciones y siempre monitorizando: Frecuencia respiratoria, pulsioximetría, presión arterial y monitorización cardiaca.
- Procederemos, una vez estabilizado el paciente, al traslado al hospital de referencia, al que previamente ya se alertó del ingreso, y en el que se contactará con el médico y enfermera responsable, a los que se les realizará la transferencia del paciente, junto con el registro meticuloso y documentado de todos los acontecimientos sucedidos y todos los datos del paciente anteriormente registrados.

Cuidados de enfermería

- **Enfermera (o) A** Colocación del collarín: Si el paciente no lo trae puesto, la enfermera (o) C estabilizará la columna. Prepara al equipo para intubación, aspiración, conecta el AMBU a una fuente de oxígeno, alista dispositivos como cánula orofaríngea y nasofaríngea, y equipo para instalar tubo torácico, cricotirodectomía, traqueotomía, y descomprimir tórax a tensión, coloca SNG.
- **Enfermera (o) B** Procede a exponer al paciente, resguarda las pertenencias, monitoriza al paciente, rotula muestras y las envía, coordina con otros departamentos: Rx, Lab, Qx, UTI, entibia soluciones.
- **Enfermera (o) C** De manera simultánea se encarga de instalar 2 vías venosas o bien proporciona al médico el equipo y material para la instalación de un catéter venoso central, o venodisección o punción intraósea, según sea el caso. Toma muestra del grupo y Rh, prepara soluciones y las administra, como medicamentos y hemoderivados, maneja desfibrilador y marcapaso, prepara equipo para toracotomía e instala sonda foley.

4.2.- Atención de enfermería en pacientes con quemaduras.

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.

Clasificación

- **Por profundidad**

- **Superficial** Son superficiales, pues afectan la capa externa de la piel (epidermis). Producen enrojecimiento, inflamación leve, sensibilidad y dolor. Se curan en una semana y no dejan cicatrices. enfríelas con agua hasta que el dolor desaparezca (alrededor de diez minutos).
- **Intermedia** Son de grosor parcial, pues llegan hasta la capa interna de la piel (dermis). Producen ampollas, inflamación, secreción de líquidos y dolor. enfríelas con agua hasta que el dolor desaparezca (alrededor de diez minutos). estas quemaduras requieren atención médica y controles periódicos.
- **Profunda** Son de grosor completo: penetran todas las capas de la piel, grasa y músculo (hipodermis). La piel tiene color gris perlado y, a veces, está carbonizada. No hay dolor.

- **Por 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.

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. (**Anexo 4**)

En los niños menores de 10 años esta regla se modifica aumentando la cabeza y cuello al 19% y reduciendo cada una de las extremidades inferiores al 13%.

En quemaduras poco extensas se considera que la superficie de la palma de la mano abierta del propio paciente equivale a un 1% de la superficie corporal.

- **Por agente causal**

- 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 suelen ser bien circunscritas, de poca extensión, pero profundas.
- QUÍMICAS. Desde que aparece la lesión el daño puede continuar horas, hasta que dicho agente no sea anulado. Las lesiones suelen ser profundas, pero con bordes bien definidos.
- ELÉCTRICAS. Son en general, de poca extensión, pero profundas. Dependerán de la intensidad de la corriente y de la resistencia del propio individuo. La descarga eléctrica podrá haberse alejado del punto de entrada conducida por nervios, vasos y tejidos musculares. Se pueden observar amplias superficies musculares necróticas bajo una piel aparentemente no afectada.
- ESCALDADURA son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición.

Fisiopatología

A nivel local los diferentes fenómenos que se desarrollan son consecuencia inicial de una desnaturalización proteica por el calor. Esto conlleva una destrucción de la barrera cutánea, originándose grandes pérdidas de líquidos y electrolitos (deshidratación) y una mayor predisposición a las infecciones bacterianas. Así mismo, el aumento de la temperatura provocará un estado de hipercatabolismo local que finalmente tenderá a generalizarse. Desde un punto de vista vascular, la respuesta inicial es inespecífica originándose por el calor una vasodilatación (eritema) que junto con la liberación de histamina y quininas originará un aumento de la permeabilidad capilar motivando la aparición de edema y flictenas.

Finalmente, a nivel nervioso se produce una estimulación de las terminaciones nerviosas por el calor, el edema y las sustancias vasoactivas originando intenso dolor. Cuando dichas terminaciones han sido destruidas por la quemadura es típica la ausencia de estos fenómenos (anestesia). A nivel sistémico el paciente quemado debe ser considerado en todo momento como un paciente que ha sufrido un gran traumatismo, en el que se suman fenómenos fisiopatológicos muy diversos.

La respuesta vascular (aumento de la permeabilidad capilar, edema intersticial) llevará a una deshidratación y al establecimiento de un shock hipovolémico. Desde un punto de vista endocrino y metabólico se producirá una respuesta suprarrenal con un balance nitrogenado negativo que puede llevar a la desnutrición.

Finalmente, como ya se ha comentado, existe una predisposición al desarrollo de infecciones locales que junto al estado de inmunosupresión que se genera pueden llevar al desarrollo de una sepsis. Todos estos fenómenos generales pueden llevar al paciente a un fracaso renal primero y luego a un fracaso multiorgánico, lo que nos muestra la complejidad y gravedad del paciente quemado.

Valoración de enfermería

Abordada desde el punto de vista integral, en la valoración del paciente se incluyen tres dimensiones:

- **Entrevista al paciente o a personas que estuvieran con él cuando ocurrió el accidente.** Se trata de obtener toda la información posible sobre el estado de salud del paciente previo al accidente (edad, alergias, medicación que toma, enfermedades importantes), así como las circunstancias en las que se produjo el accidente (tiempo transcurrido, mecanismo que lo produjo, SCQ, profundidad y medidas aplicadas en las zonas de lesión). Son datos importantes que nos marcarán las pautas de actuación posterior.
- **Examen físico completo con el fin de valorar y visualizar las áreas lesionadas.**

Los parámetros que se han de valorar inicialmente son:

- Profundidad. Su determinación nos sirve para valorar la gravedad de las lesiones, de modo que:
 - Las quemaduras epidérmicas (1.er grado) se caracterizan por la presencia de eritema y curan con facilidad.
 - Las quemaduras dérmicas-superficiales (2.º grado superficial) son quemaduras hipersensibles, muy dolorosas y de fácil curación si no se infectan.
 - Las quemaduras dérmicas-profundas y subdérmicas (2.º grado profundo y 3.er grado) con aspecto duro, seco e indoloras precisan en todos los casos tratamientos quirúrgicos especializados.

- Extensión. Cuando las lesiones, aun siendo superficiales, sobrepasen el 10 % en ancianos y lactantes, el 15 % en niños y el 20 % en adultos, los afectados se enviarán siempre a una unidad de hospitalización especializada en este tipo de pacientes.
- Localización. Son de atención especializada aquellas que se localizan en cara, manos, articulaciones y zona perineal.
 - Buscar signos de dolor. Las quemaduras dérmico-profundas y subdérmicas no suelen ser dolorosas, pero sí lo son las epidérmicas y dérmico-superficiales. Podemos usar para la valoración del dolor escalas analógicas visuales y complementarla con signos de dolor que la enfermera percibe en el paciente (expresión facial, llanto, agitación, etc.).
 - Valorar signos de infección. Suciedad, cambios de color, manipulación innecesaria, exudado amarillento o verdoso... son factores que pueden favorecer la colonización de la zona lesionada por gérmenes que pueden entorpecer seriamente la cicatrización posterior de la zona.
- **Pruebas diagnósticas**
 - Se hace necesaria la recogida de muestras para cultivo de zonas lesionadas y no lesionadas, con el fin de identificar los patógenos que pudieran ser responsables de una posible infección posterior.
 - También, dependiendo de la situación, sería importante la realización de bioquímica, ionograma, hemograma o radiografía de tórax, que pudieran aportar otras informaciones de interés.
 - Realizada la valoración del paciente, y habiendo comprobado que ha remontado la fase de shock y que se encuentra en situación aceptable de estabilidad hemodinámica, podríamos proceder al cuidado local inicial de las áreas quemadas.

Cuidados de enfermería

Se desnuda totalmente al paciente para detener el proceso de ignición y para localizar todas las lesiones que pudiera presentar:

- Se corta la ropa, evitando tirar de ella en las zonas donde esté adherida (pues pueden causarse lesiones, arrancamiento de piel, sangrado, dolor). Para despegar las ropas en estas zonas, se deben mojar con abundante agua hasta que se desprendan solas.
- Una vez libre de ropa, se le colocará sobre sábanas limpias o estériles para hacer la visualización, cuantificación y valoración de las áreas quemadas.
- Después de la retirada de anillos, pulseras, reloj, zapatos, cinturón, etc. de zonas de quemaduras y de zonas próximas (el edema posterior podría impedir su retirada, fig. 1), se deben observar las extremidades quemadas buscando signos de deterioro circulatorio. En quemaduras profundas han de buscarse signos de palidez, cianosis, relleno capilar superior a 3 segundos, parestesias, dolor profundo... que son indicativos de tratamiento de urgencia, mediante la realización de incisiones de relajación (escarotomía o fasciotomía) para descomprimir la zona comprometida.
- Asegurar la prevención antitetánica. Registrar la historia de inmunización tetánica, administrándole la dosis del toxoide tetánico 0,5 cm y/o la gammaglobulina antitetánica 500U.
- Administrar analgesia. Los pacientes con quemaduras sufren dolor no solamente a causa de la lesión inicial, sino también debido a los procedimientos agresivos durante el cuidado y manipulación de las áreas. Al dolor se le suma la ansiedad, lo que aumenta la experiencia dolorosa. Por ello, y para conseguir que el paciente colabore en la curación, se recomienda la analgesia previa a la cura: administración de analgésicos 30 minutos antes de la realización de aquella.
- Considerar una medida importante el mantener en posición elevada los miembros quemados (posición antiedema), lo que evitará el edema y facilitará su absorción, y permitirá mantener la circulación periférica de las áreas comprometidas por las quemaduras.
- Recogida de muestras de exudado de las áreas quemadas para el estudio bacteriológico. Un dato que debe tenerse en cuenta es que las quemaduras se infectan con facilidad; de ahí la importancia de evitar que se produzcan resistencias bacterianas.
- Limpieza suave de las áreas quemadas con ducha a modo de arrastre y solución jabonosa antiséptica (clorhexidina). Durante la ducha se tratará de que se desprendan por sí solos restos de productos, ropa o material que pudieran quedar adheridos. Puede usarse el agua del grifo (siempre que sea potable), agua destilada o suero salino,

evitando que esté muy fría, ya que incrementa la profundidad de la lesión y aumenta el dolor.

- Apertura y recorte de flictenas o ampollas, y retirada posterior a punta de tijera de todos los esfacelos y restos de piel que hubiera. También se recomienda eliminar el vello cortándolo con tijeras.
- Todas estas medidas serán muy útiles para poder hacer una valoración exhaustiva de la quemadura. No está indicado el rasurado de la zona, ya que puede producir mayor dolor y facilitar la contaminación bacteriana al causar pequeñas heridas. Una vez finalizadas estas operaciones, se repetirá el lavado y se secará la zona de lesión con toques muy suaves mediante una gasa o compresa estéril.
- Ocluir el área lesionada mediante la colocación de gasas impregnadas con el agente tópico y farmacológico elegido (antisépticos tópicos, antibacteriano) en función de la valoración realizada de las quemaduras. Es importante resaltar que no todas las quemaduras tienen el mismo riesgo de infección. Las quemaduras epidérmicas y dérmico-superficiales de poca extensión evolucionan favorablemente hacia la curación, ya que tienen un bajo riesgo de infección, por lo que se puede prescindir del uso de agentes tópicos antimicrobianos. En quemaduras profundas el riesgo de infección es muy elevado. Las quemaduras epidérmicas y dérmico-superficiales con buena evolución finalizan el proceso con la curación y regeneración de la epidermis.
- En quemaduras dérmico-profundas y subdérmicas se produce una escara muy adherida, constituida por toda la piel y tejido celular subcutáneo necrosado. Este tipo de quemaduras no tiene capacidad de regeneración, lo que hace necesaria la colocación de injertos libres de piel, cuando exista un buen tejido de granulación como soporte (siempre precisan de tratamiento quirúrgico programado).
- Cubrir la zona lesionada con un vendaje. Requisitos que debe cumplir el vendaje:
 - Ha de realizarse siempre con la zona en posición funcional, siendo importante no limitar o impedir la autonomía y la actividad de la zona. De esta manera se evitarán complicaciones funcionales posteriores.
 - Si compromete a los dedos, deben cubrirse antes con una gasa, individualizando el vendaje de cada dedo para evitar la adherencia de las dos superficies quemadas.
 - No debe ser muy voluminoso.
 - No ha de ser compresivo.
 - Tiene que ser confortable, facilitando la expansión del edema y la adaptabilidad.

4.3.- Atención de enfermería en ahogamiento.

Concepto

Se considera ahogamiento el hecho de sufrir dificultades respiratorias como consecuencia de la sumersión o inmersión en un líquido. Los resultados del ahogamiento deberían clasificarse como muerte, morbilidad o ausencia de morbilidad.

Clasificación

Hay una clasificación de grados de ahogamiento en 6 grados que permite una comunicación clara entre los Guardavidas que al recibir la comunicación del grado en que fue rescatada del agua la víctima, sabe perfectamente el estado de la misma y cuál será el tratamiento a suministrarle. Hay una división de dos grupos.

- **Grados 1 al 4 – Víctimas que aún respiran.**
- **Grados 5 & 6 – Víctimas que no respiran y tienen paro cardiorrespiratorio.**

Aquellas víctimas que son rescatadas del agua y respiran, se analizan si poseen tos y espuma por boca y nariz.

Si la víctima no presenta TOS ni ESPUMA, se considera un RESCATE DE RUTINA.

- ❖ **Grado 1:** la víctima presenta TOS sin ESPUMA.
- ❖ **Grado 2:** esta presenta la TOS y poca ESPUMA.
- ❖ **Grado 3:** esta presenta la TOS y mucha ESPUMA, se debe verificar la presencia de pulso radial, si está presente se clasifica como Grado 3.
- ❖ **Grado 4:** si no está presente el pulso radial se clasifica como grado 4. La verificación del pulso radial se realiza ya que, si no se encuentra, la víctima está en un estado de hipotensión arterial con altas posibilidades de caer en un paro respiratorio.
- ❖ **Grado 5:** el grupo de las víctimas que no respiran, pero si tiene pulso.
- ❖ **Grado 6:** aquellas que no tienen pulso o signos de circulación.

Fisiopatología

- **SECUENCIA DE SUCESOS:** La secuencia de acontecimientos del ahogamiento comienza con:
 - Una inmersión inesperada, seguida por una rápida retención de la respiración, apnea voluntaria y pánico.

- A continuación, se produce una necesidad de aire que obliga a la víctima a respirar, con lo que se producen aspiración y laringoespasmo.
- Después se produce hipoxia, pérdida de la conciencia, aspiración activa de líquido, convulsiones y muerte (ahogamiento húmedo).
- En un pequeño número de víctimas, el laringoespasmo intenso provoca hipoxia, convulsiones y muerte en ausencia de aspiración activa (ahogamiento seco)
- **FACTORES QUE AFECTAN AL PRONÓSTICO:** La supervivencia depende de varios factores interrelacionados, que incluyen:
 - La temperatura del agua
 - La duración y el grado de hipotermia
 - El reflejo de inmersión
 - La edad de la víctima
 - La contaminación del agua
 - La duración de la parada cardíaca
 - La precocidad y eficacia del tratamiento inicial y la reanimación cerebral.
 - El reflejo de inmersión desempeña un papel protector en los niños y los neonatos sumergidos. La activación de este reflejo por el miedo o por la inmersión de la cara en agua fría, provoca una inhibición del centro respiratorio, bradicardia y derivación de la sangre de los tejidos periféricos hacia el corazón y el cerebro.
 - También la inmersión en agua fría produce hipotermia que disminuye las demandas metabólicas del organismo, retrasando o evitando la hipoxia cerebral grave. (**Anexo 5**)

Valoración de enfermería

- 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.

Cuidados de enfermería

- Monitoreo de la frecuencia respiratoria
- Control de signos vitales
- Administración de medicamentos adecuados

4.4.- Atención de enfermería en pacientes intoxicados

Concepto

Reacción fisiológica causada por un veneno, o por la acción de una sustancia tóxica o en mal estado; el tóxico puede introducirse oralmente o a través de los pulmones o la piel.

Una intoxicación es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño. Es tóxico aquella sustancia que cuando se encuentra en una determinada concentración en el organismo de los seres vivos provoca un daño. No se debe confundir una intoxicación con una reacción alérgica, ya que ésta va a depender de una reacción exagerada del organismo ante un agente que no necesariamente es dañino. El grado de intoxicación dependerá tanto de la cantidad de veneno/tóxico ingerido como de las características propias de la persona (edad, peso, obesidad...).

Clasificación

Las intoxicaciones se pueden clasificar como: sobreagudas, agudas, subagudas y crónicas.

- ❖ Las intoxicaciones sobreagudas son aquellas en las cuales la acción del producto tóxico se produce con gran rapidez, ocasionando con frecuencia la muerte en pocos minutos u horas.
- ❖ Las intoxicaciones agudas van a dar lugar a síntomas visibles y generalmente graves, pudiendo producir la muerte en pocos días.
- ❖ En las intoxicaciones agudas se recibe una sola dosis del tóxico. Generalmente coincide con dosis intravenosas u orales ya que son exposiciones de corta duración. Se denominan subagudas si la intoxicación tiene lugar en el transcurso de varios días o semanas.
- ❖ Las crónicas son debidas generalmente a pequeñas cantidades de una sustancia tóxica durante mucho tiempo, con una lenta acumulación en el organismo.

También se puede clasificar por la forma de intoxicación:

- **Intoxicación por vía respiratoria**

Si la persona respira alguna sustancia tóxica en forma de gases, humo, vapores químicos, etc. La persona intoxicada puede sufrir náuseas, vómitos, dificultades en la visión, dolor de cabeza, diarrea, confusión, imposibilidad de moverse, sueño. En casos graves, la persona intoxicada

no responde y puede tener convulsiones, fiebre, tensión arterial baja y perder el conocimiento. Ventile el lugar abriendo puertas y ventanas. Facilítele a la persona intoxicada aire puro y colóquela en posición de recuperación para demorar la absorción del tóxico. (**Anexo 6**)

- **Intoxicación por vía digestiva**

Los tóxicos ingresan por la boca y se absorben en el intestino.

- Alimentos en descomposición: provocan dolor de estómago, retortijones, diarrea, vómitos y debilidad.
- Medicamentos o sustancia de abuso: Cambia el tamaño de las pupilas (se vuelven más pequeñas o más grandes) y hay señales de confusión, ansiedad y, en ocasiones, alucinaciones.
- Lavandina: Provocan quemaduras y manchas en los labios y la boca, tos y dificultades respiratorias, sensación de ahogo y dolor de estómago.
- Venenos (raticidas, etc.): Producen mucha salivación y sudoración, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, visión borrosa, confusión mental e inconsciencia.
- Alcohol: Se reconoce por el aliento alcohólico, la marcha inestable, el hipo, los vómitos. La persona puede estar alegre, agresiva o inconsciente. Si se acuesta, ubíquela en posición de recuperación.

- **Intoxicación por vía de mucosas y piel**

El toxico se absorbe por la piel.

- Manipulación sin protección de insecticidas o plaguicidas: Produce dolor de cabeza, salivación excesiva, respiración rápida, pupilas contraídas, adormecimiento de cara y piernas, agitación y desorientación. No toque las sustancias sin protección. Retire la ropa de la víctima completamente y lave a ésta con abundante agua. Trasládela urgentemente al hospital.
- Contacto con plantas: Suele provocar enrojecimiento de la piel, hinchazón, picazón y erupción cutánea. Lave la zona afectada con abundante agua y jabón.

- **Intoxicación por vía circulatoria**

El toxico entra por el torrente sanguíneo por picadura o inyección.

- Inoculación de veneno por picadura de insecto: Suele producir hinchazón de la zona, enrojecimiento y picazón. Cuando son muchas picaduras por muchos insectos a la vez, hay peligro de que se produzca una reacción alérgica.
- Reacciones alérgicas por picaduras o inyectables: Provocan falta de aire, dificultades respiratorias, hinchazón de la cara, pies y manos y caída de la presión. Las reacciones alérgicas pueden producirse por la picadura de avispas, hormigas u otros insectos y por algunos medicamentos inyectables como analgésicos y los más frecuentes antibióticos. Llame urgente al médico o traslade a la persona al hospital o centro de salud.

Fisiopatología

La fisiopatología de las intoxicaciones es muy variada y materia propia de libros de toxicología. Según el toxico utilizado puede verse afectado un sistema u otro. Sin embargo, a efectos prácticos es fundamental distinguir las intoxicaciones que requieren atención inmediata en sala de críticos, tales como los cáusticos o los pacientes en coma o shock, de aquellas que dan un margen de tiempo para la actuación.

Valoración de enfermería

En primer lugar, es necesario valorar si el paciente está en parada cardiorrespiratoria, precisando RCP. En dicho caso se atenderá siguiendo el clásico algoritmo del ABC, apertura de vía aérea, mantenimiento de la ventilación con Ambú o IOT y de la circulación con masaje cardiaco, mientras se monitoriza al paciente para determinar los pasos posteriores de RCP avanzada. Se debe tener en cuenta que en algunos casos como en las intoxicaciones por barbitúricos se han descrito casos de recuperación tras RCP prolongada más de media hora. Si el paciente no está en parada cardiaca o respiratoria, se tomarán las constantes vitales para determinar si el paciente se encuentra en estado crítico. Son signos de alarma los siguientes criterios:

- ❖ TAS >220 o < de 8, TAD >120
- ❖ FC > 120 o < 50
- ❖ FR >25 o < 8

- ❖ Temperatura >40 o < 35
- ❖ Nivel de conciencia con un Glasgow < 9
- ❖ Convulsiones o tetania
- ❖ Parálisis, o pérdida progresiva de fuerza
- ❖ Quemaduras faciales
- ❖ Sat O₂ < 90% con oxígeno al 100%.

En estos casos se atenderá al paciente en la sala de críticos. Si el paciente no está en parada, pero su nivel de conciencia es bajo y no reversible con antídotos inmediatos, la saturación de oxígeno deficiente o bien presenta quemaduras o causticaciones faríngeas, es preciso IOT precoz para evitar posteriores complicaciones.

Cuidados de enfermería

- Control de funciones vitales
- Tratar de calmar al paciente y brindar comodidad
- Conservar permeables las vías respiratorias: administrar oxigenoterapia según necesidad.
- Procurar descubrir la naturaleza del veneno y cantidades ingeridas
- Lavado gástrico; según lo que indique el caso; para evitar la absorción del veneno.

Conclusión

En conclusión, los profesionales de enfermería necesitan de una constante obtención un cierto conjunto de conocimientos y habilidades técnicas, y así poder realizar un adecuado proceso de atención de enfermería ante situaciones de urgencias y/o emergencias que pongan en peligro la vida del paciente, supone una mayor calidad de cuidados y satisfacción para el mismo.

Anexos

Anexo 1: clasificación Triage

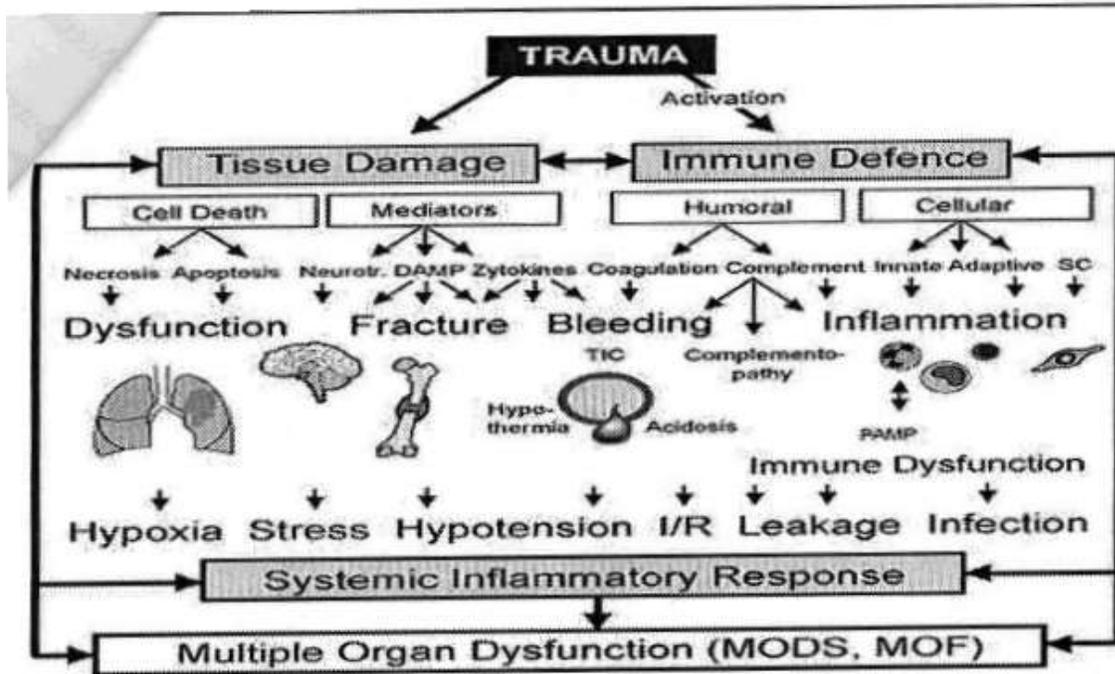


NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	30 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Anexo 2: escala de coma de Glasgow

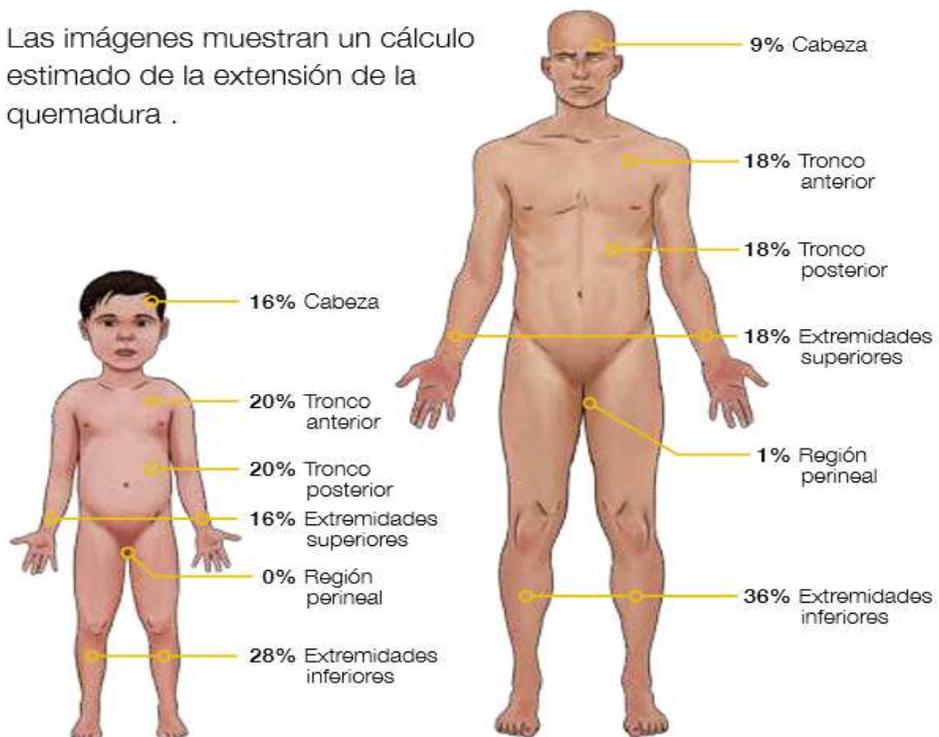
ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Anexo 3: fisiopatología del paciente traumatizado



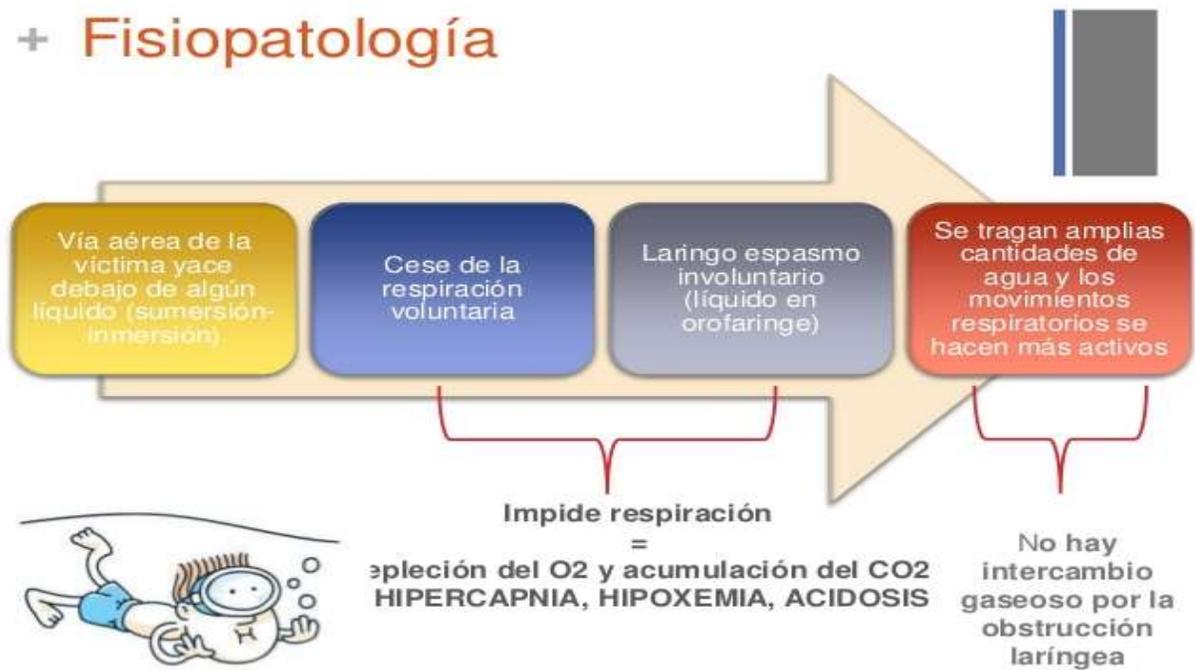
Anexo 4: regla de los nueve de Wallace

Las imágenes muestran un cálculo estimado de la extensión de la quemadura .



Anexo 5: fisiopatología del ahogamiento

+ Fisiopatología



Anexo 6: posición de recuperación ante intoxicación



Posición de recuperación

Bibliografía

- https://www.chospab.es/plan_emergencias/tipos.htm
- <https://primerosauxiliosucv.wordpress.com/2013/04/20/politraumatismo/>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermera-paciente-politraumatizado/>
- https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_7_1.htm
- Antología UD: Enfermería en urgencias y desastres