

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

DOSCENTE:

LIC. JESSICA DEL CARMEN JIMENES

TEMA:

Manual de Urgencias de Enfermería Parte 1

ALUMNAS:

YIRIANI MADAI RUIZ ESTRADA
ANGEL GABRIEL ARCOS ALVARO

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS	4
Objetivos generales.....	4
Objetivos específicos	4
URGENCIA Y EMERGENCIA.....	5
CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA (TRIAGE)	6
CONCEPTO DE CATÁSTROFE Y DESASTRES NATURALES	7
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS Y DESEQUILIBRIO CON EL MEDIO AMBIENTE	8
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.	8
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.	11
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.....	13
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.	15
CONCLUSIÓN.....	19
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	20

INTRODUCCIÓN

Este manual de urgencias de enfermería comprende de información extravagante, ya que va dirigida hacia el profesional de salud como a la sociedad en general. De este modo lograremos identificar las diferentes situaciones de urgencia y emergencia que se podrían suscitar en algún momento de nuestras vidas.

A lo largo de la evolución humana, mediante experiencias y documentaciones de investigadores, se han implementado acciones que van dirigidas principalmente al equipo de salud en la que se documenta acción de enfermería hacia pacientes en situación de urgencias y emergencias.

Existen diferentes tipos de factores que comprometen la vida y salud de las personas, (desastres naturales, accidentes, intencionales, enfermedades, etc.), de acuerdo a estas situaciones y sucesos, la reacción del equipo de salud o instituto será adecuada debido a la preparación y capacitación que llevan a cabo.

Pretendemos que sea un elemento de consulta rápida para afrontar con la mayor seguridad el reto que supone la atención a cada uno de los pacientes que acuden a cada uno de los servicios, si bien en este caso va orientada a algunas patologías. De tal modo que este manual se convierte en una herramienta útil y eficaz.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Identificar las principales diferencias entre urgencia y emergencia.
- Detectar situaciones que puedan ser urgentes o de emergencia.
- Desarrollar acciones para la atención de enfermería ante las emergencias traumáticas y desequilibrios con el medio ambiente.

Objetivos específicos

- Desarrollar técnicas de atención de enfermería basados en lo teórico científico y práctico.

URGENCIA Y EMERGENCIA

Urgencia

Se define urgencia en aquellas situaciones en las que se necesita una atención inmediata, que sucede o que se produce fuera del horario laboral. Brevemente se definiría como toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona.

- a) Urgencia subjetiva: Surgen criterios de carácter de impresión, tales como dolor agudo, hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida del paciente o la salud de la persona.
- b) Urgencia objetiva: Situación que compromete la vida o salud de la persona, y que puede ser apreciado por el personal sanitario o no sanitario entrenado.
- c) Urgencia relativa: 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;

Emergencia

Son situaciones críticas, en las que se compromete la vida del paciente, en donde se requiere una actuación inmediata.

Características:

- Hacen peligrar la vida del enfermo, algún órgano o parte esencial de su organismo, a no ser que se instauren medidas terapéuticas con prontitud. Siempre comporta un elevado riesgo vital.
- El problema desencadenante de la emergencia aparece casi siempre de un modo súbito.
- Requieren de respuesta especializada inmediata, entre unos minutos y una hora.
- La emergencia requiere hospitalización, salvo raras excepciones, y ésta se produce prácticamente siempre ocupando camas de enfermos críticos o agudos.
- Precisa, por lo general, de asistencia in situ y un transporte asistido o especializado hasta el hospital.
- La solicitud de atención ante situaciones de emergencia procede de la familia o del entorno donde se ha desencadenado el problema. Generalmente, no es solicitada por el propio paciente.

CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA (TRIAGE)

El triage se define como un sistema de clasificación de pacientes que, dependiendo del grado de urgencia que estos presentan, se establece un tipo de atención. El proceso de triage debe ser conciso y rápido.

Su propósito en emergencia es valorar las capacidades de supervivencia inmediata, basándose solo en los datos de valoración ya que en la mayoría de los casos no se obtienen más datos y se desconocen patologías previas.

Para llevar a cabo la valoración triage, se realizará “La escala de Gasglow CGS”, herramienta utilizada para valorar el nivel de conciencia (estado de alerta y estado cognoscitivo) analizando:

- Apertura ocular
- La respuesta verbal
- La respuesta motora

Consideraciones:

- Gasglow leve: Puntuacion 14-15
- Gasglow moderado: Puntuacion 9-13
- Gasglow grave: Puntuacion 8 o menor

Tipos de triage:

- 1) Triage extrahospitalario: Tiene como principal fin la clasificación y temprana evacuación de los heridos, no solo dependiendo de su gravedad si no también de sus pronósticos, y el establecimiento de atención en función de los pazos terapéuticos.
- 2) Triage básico: Deberá de ser breve, a través de la cual se aplican maniobras salvadoras como (apertura de vía aérea, hemostasia en hemorragias severas y reanimación cardio pulmonar) y estabilizadoras, que permiten determinar el grado de urgencia basándose en parámetros fisiológicos.
- 3) Triage avanzado: Consiste en una valoración primaria del paciente, aplicando de nuevo maniobras salvadoras y clasificando a los pacientes según el nivel de urgencias, en las que se identifican a pacientes con prioridad quirúrgica que precisan evacuación urgente, se realiza procedimientos de estabilización y valoración de las lesiones.

- 4) Triage hospitalario: Se realiza en los centros hospitalarios, donde se revalúan, y clasifica a las víctimas

Secuencia del triage:

- a) Triage bipolar: Clasificación entre vivos/muertos, que pueden caminar o no, o entre muy graves-graves/leves. Este es utilizado en situaciones de extrema gravedad o peligro y que precisa una clasificación inmediata.
- b) Triage tripolar: Una clasificación que diferencia o: muy graves, graves y leves o muertos, graves y leves. Tratando de evacuar a aquellos que pueden caminar o que no precisan grandes medios.
- c) Triage tetrapolar: Clasificación más utilizada en el primer triage o básico y en el triage avanzado, utilizando los colores para diferenciar a los heridos en función de su gravedad:

Colores:

- Negro → Exitus
- Rojo → Gravedad extrema
- Amarillo → Gravedad-Urgencia relativa
- Verde → Urgencia leve o Triage pentapolar: utilizado en el ámbito hospitalario, diferencia en cinco colores según la gravedad de los pacientes

CONCEPTO DE CATÁSTROFE Y DESASTRES NATURALES

Catástrofe

Se les considera desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre.

Clasificación:

- 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 de asteroide, Aurora boreal.

Desastre

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

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS Y DESEQUILIBRIO CON EL MEDIO AMBIENTE

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

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.

Evaluación primaria y reanimación

Identificar y tratar: ABCDE

- Vía aérea con control cervical
- Ventilación
- Circulación D (Disability) Neurológico
- Desvestir con control de la temperatura

Los fundamentos se estructuran en 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%.
- Sedación (Etomidato 0.3 mgrs/kg = 20 mgrs o 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: auscultación y monitorización de CO₂ (capnógrafo).
- Ventilar

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

Ventilación 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.
- percudir y palpar

Circulación

Mediante datos clínicos que nos dan información en segundos:

- Alteración del nivel de conciencia
- Frialdad cutánea y diaforesis
- Taquicardia y taquipnea
- Hipotensión
- Disminución en la diuresis

la taquicardia es el primer signo de que pueda existir una hemorragia importante ya que se deben perder hasta 1500-2000 cc para que exista hipotensión.

- **HIPOVOLÉMICO**

- Pérdida de sangre
- Pérdida de líquidos

- **NO HEMORRÁGICO**

- Neumotórax a tensión
- Taponamiento cardíaco/Cardiogénico
- Séptico
- Neurogénico

Neurológico

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, ...

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

Desvestir con control de la temperatura

En el paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes).

Revisión de la cabeza a los pies:

Cabeza: examinar todas las lesiones que puedan existir en el cuero cabelludo, examinación ocular exhaustiva.

Estructuras maxilofaciales.

Columna cervical y cuello: sospechar siempre lesión de columna cervical hasta que se demuestre lo contrario, sobre todo en pacientes con alteración neurológica y/o traumatismos craneales, faciales y por encima de las clavículas.

Tórax.

Abdomen: una exploración inicial normal no excluye una lesión intraabdominal. En pacientes hipotensos sin etiología, o con alteraciones de conciencia por TCE o consumo de sustancias debe realizarse Ecografía abdominal (paciente inestable) o TAC (estable).

Periné/recto/vagina.

Sistema musculoesquelético: inspeccionar y palpar buscando fracturas ocultas. Lesiones en periné, pubis o escroto nos pueden alertar sobre fracturas pélvicas.

MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA VÍA AÉREA:

Primer objetivo. Limpiar la boca y la orofaringe de sangre, dientes rotos, prótesis dentales y otros cuerpos extraños:

- Obstrucción a nivel nasal: La causa más frecuente será la ocupación por sangre, que deberá ser tratada con aspiración y taponamiento nasal.
- Obstrucción a nivel orofaríngeo: Colocar la mandíbula en protrusión y traccionar hacia delante la lengua mediante pinzas, suturas o simplemente con las manos.

- Obstrucción a nivel laríngeo: Muchas veces va a precisar una cricotirotomía o una traqueostomía.

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.

ASPIRACIÓN: Es frecuente que este tipo de trauma se acompañe de aspiración de sangre, contenido gástrico, secreciones orofaríngeas o cuerpos extraños especialmente si existe lesiones acompañantes. Hay que tener en cuenta que la colocación de una sonda nasogástrica está contraindicada si se sospecha fractura de la lámina cribosa del etmoides por el riesgo de insertarla intracraneal.

Traumatismo medular La hipotensión arterial y la hipoxia tras la lesión agravan la isquemia medular.

Evaluación clínica

1. Anamnesis

2. Exploración vertebral:

- No debe realizarse si existe trauma raquimedular evidente.
- Inspección, palpación, movilidad (retirando collarín/volteo controlado). Si dolor o molestia, recolocar el collarín.

Exploración neurológica:

- Valoración del nivel medular dañado.
- Graduación/gravedad del daño.
- Realizarla de forma “seriada” porque puede progresar.
- Pilares básicos: Fuerza muscular, Sensibilidad y Reflejos

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

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 de las quemaduras

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 flíctenas. La quemadura típica es la quemadura solar. Su extensión no se incluye en el cálculo de la superficie lesionada en los grandes quemados

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 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.

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

Evaluación inicial del paciente quemado

ABC.

Examen general.

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

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.

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 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. La reanimación inmediata en la escena es esencial para la supervivencia y correcta recuperación neurológica después de un proceso de ahogamiento, por eso aunque los amigos de Miguel no sean profesionales cualificados deberán comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP) (en caso de que sea necesario) hasta que la asistencia sanitaria llegue. Según la European Resuscitation Council de 2010 todos los reanimadores, entrenados o no, deberían proporcionar compresiones torácicas a las víctimas de parada cardíaca.
- 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 (y mejor pronóstico de recuperación de posibles daños neurológicos causados por hipoxia), 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: traumatismo (tener en cuenta las posibles lesiones cráneo – encefálicas, medulares, etc), consumo de drogas, enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica, etc). Ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín.

2. Exploración física: El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizará una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre 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; la termorregulación y la eliminación:

- Apnea, disnea, taquipnea (atención al uso de músculos accesorios).
- Cuerpo extraño en vía aérea.
- Traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos.
- Hipotensión arterial.
- Hipotermia.
- Arritmias.

Alteraciones neurológicas (aplicar escala de coma de Glasgow). 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).

Una vez ingresado en UCI, se procederá a la monitorización del paciente, como es habitual en esta unidad, para posibilitar una vigilancia continua y adelantarse a posibles

complicaciones que podrían llegar a ser mortales. Vamos a tratar este tema separando funciones fisiológicas con su posible tratamiento:

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. La reanimación precoz y las medidas encaminadas a prevenir complicaciones tardías son fundamentales en el manejo de estos pacientes, que deben ser trasladados lo antes posible al Hospital.

En cuanto al manejo del enfermo ahogado es fundamental tener en cuenta que la muerte clínica no implica muerte cerebral, especialmente en niños y en situaciones en las que el proceso se enlentece (hipotermia 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...).

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

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.

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

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.

Exploración física:

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

Pruebas complementarias:

- Constantes, glucemia capilar.
- Gasometría.
- EKG.
- Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con glucemia, urea, creatinina, iones, CK, amilasa, perfil hepático con AST, ALT y bilirrubina
- Recoger muestras para estudio toxicológico: drogas de abuso en orina y determinaciones en sangre de niveles de anticomiciales, digoxina y teofilina.
- Rx o TAC si procede para descartar: aspiración, EAP, neumomediastino y sustancias radiopacas.

Disminuir absorción de tóxico: Según vía de entrada se adoptarán las siguientes medidas:

- Vía parenteral: Frío, torniquete.
- Vía ocular: lavado durante 15-30 minutos.
- Vía cutánea: retirar la ropa y lavar. Aplicar glucobionato cálcico (Suplecal®) tras contacto con ácido fluorhídrico y Sorbitan Polioxietileno (Neosporin®) tras contacto con pegamentos instantáneos.

- Vía respiratoria: O₂ 30-100% en relación con grado de hipoxemia.
- Vía digestiva: la más frecuente (90%):
- Agentes eméticos: Jarabe de ipecacuana: 30 ml en 250 cc de agua y repetir a los 20 minutos. Contraindicado en ingesta cáusticos, derivados de petróleo, agentes anticonvulsionantes, cianuro y en coma, shock o convulsión, embarazo y niños menores de 6 meses.
- Lavado gástrico: si han transcurrido menos de 6 horas (excepto en ingesta de salicilatos, antidepresivos tricíclicos y anticolinérgicos), contraindicado en los mismos casos que los eméticos.
- Adsorción del tóxico: Carbón activado. Es el método de elección. Sólo está contraindicado su uso en ingesta cáusticos. Debe asociar catárticos debido al efecto astringente. Se utilizarán 74 dosis repetidas cada 3 horas en intoxicaciones por fenobarbital, antidepresivos tricíclicos, salicilatos, teofilinas y difenilhidantoínas.
- Evacuación intestinal: si fallan las medidas anteriores, se puede utilizar para acelerar el tránsito intestinal polietilenglicol. Contraindicado en pacientes en coma no intubados o cuando existe obstrucción intestinal, hemorragia o perforación.

Aumentar eliminación:

- Eliminación pulmonar: O₂ al 50%
- Eliminación hepática: N-acetil-cisteína (Flumil antidoto®)
- Eliminación renal: Objetivo diuresis 3-5 ml/Kg/h. Contraindicado si insuficiencia renal previa o secundaria al tóxico y/o insuficiencia cardiaca. o Diuresis Forzada:
- Alcalina: mantener ph urinario > 7,5. Útil en intoxicaciones por fenobarbital, salicilatos, metotrexate, isoniacida.
- Ácida: mantener ph urinario < 6.5. Útil en intoxicación por quinidina, anfetaminas y bromo.
- Neutra: litio, talio, paraquat, Amanita Phaloides
- Depuración extrarrenal: su uso está justificado en cuadros graves y si la eliminación corporal total del tóxico puede incrementarse en más de un 30%.
- Hemoperfusión (HP): mejor para sustancias liposolubles, con mayor volumen de distribución, elevada unión proteica y alto peso molecular.

- Hemodiálisis (HD): mejor para sustancias hidrosolubles o que provoquen alteraciones electrolíticas. Indicada para tóxicos con un volumen de distribución bajo (alcanzan elevadas concentraciones plasmáticas), bajo peso molecular y escasa fijación a proteínas.
- Hemofiltración continua: útil en tóxicos con un elevado volumen de distribución, y transferencias intercompartimentales lentas.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA.

Las intoxicaciones por psicofármacos son las más comunes, ya que la intencionalidad que presomina es el intento de suicidio. Las medidas sintomáticas son el pilar básico en el tratamiento. La descontaminación digestiva siempre debe plantearse; su eficacia está muy asociada al tiempo transcurrido desde la ingesta.

CONCLUSIÓN

Es destacable la importancia de la documentación de acuerdo a los objetivos, ya que de esta forma se logra percibir una buena comprensión de la lectura.

Este documento es primordial ya que va dirigida hacia el personal de salud; es sublime llevar acabo el desarrollo de la práctica documentada ya que va dirigida hacia el paciente en estado de urgencia y emergencia, dando una grata atención de inmediata y poder lograr la recuperación del paciente.

El manual de enfermería concluye, en que las urgencias y emergencias son un paso fundamental para una atención integral o especial, dependiendo de la misma. Algunas de ellas pueden resultar muy simples pero no todas tienen el mismo principio que es cuidar la integridad en todas las necesidades de los pacientes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

<file:///E:/7mo%20cuatrimestre/enfermer%C3%ADa%20en%20emergencia/6c789e81bebd5a07fe449f0d1e743f97.pdf>.