

UNIVERSIDAD DEL SURESTE PLANTEL PALENQUE.

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES.

TEMA:

MANUAL DE URGENCIAS DE ENFERMERÍA.

EQUIPO DE TRABAJO:

- SITANIA SOFIA HERNANDEZ MORENO.
- LESLEY ELIZABETH GONZALEZ HILERIO.

DOCENTE:

L.E. JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ MENDEZ.

GRADO:

7° CUATRIMESTRE

FECHA DE ENTREGA:

25 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

INDICE

Objetivo General.....	Pág.3
Objetivos específicos.....	Pág.3
Introducción.....	Pág. 4
Desarrollo.....	Pág. 5-26
Conclusión.....	Pág. 27
Anexos. (Imágenes, escalas de valoración, etc.).....	Pág. 28-31
Bibliografía.....	Pág. 32

OBJETIVO GENERAL.

- Proporcionar conocimientos actualizados sobre los aspectos más relevantes de la atención urgente enfermera y el manejo de los pacientes que requieren atención urgente de enfermería, en los servicios de urgencias y emergencias hospitalarias, atendiendo a las patologías urgentes más frecuentes; y facilitar la consecución de habilidades y el manejo de las técnicas empleadas, diagnósticas y terapéuticas, ante los problemas y necesidades que plantean la demanda de atención urgente en los centros sanitarios, que requieran una respuesta enfermera ágil, eficaz y de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar situaciones de riesgo vital o emergencia.
- Identificar situaciones que requieran una atención urgente, asignando 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.
- Proporcionar cuidados globales y directos al paciente y familia.
- Evaluar los protocolos y procedimientos específicos en las situaciones y/o problemas que presentan los pacientes en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Utilizar con destreza y seguridad la tecnología y los medios de apoyo al diagnóstico de los pacientes.
- Coordinar actividades con otros componentes del equipo multidisciplinar del Servicio de Urgencias Hospitalarias.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería de urgencias se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social debido principalmente a dos causas: por un lado, las patologías cardiovasculares y accidentes, se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en el mundo que nos ha tocado vivir, y por otro, la atención que se presta a estas patologías queda enmarcada en el ámbito de los cuidados de urgencias y emergencias.

Los profesionales de enfermería de urgencias deben integrar la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad, para dar respuesta a las necesidades que en materia de salud presenten los usuarios/clientes. Para ello, es preciso planificar adecuadamente y poner en práctica los cuidados de enfermería, con una base de conocimientos, no sólo de las personas y de los factores relativos a la salud, sino también de las alteraciones fisiopatológicas.

La base que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad, se realiza mediante el proceso de enfermería.

A continuación en el manual presente veremos acerca sobre la diferencia de una urgencia/emergencia, como se clasifican y atenciones que brinda enfermería ante las emergencias traumáticas.

DESARROLLO

URGENCIA

Una urgencia se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata.

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 éstos servicios sólo en casos de emergencia o cuando sea necesaria atención sanitaria inmediata.

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 cardíaco.
- 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.

CLASIFICACION

EMERGENCIA

- Según el tipo de riesgo: Dentro de esta categoría se encuentran los incendios y explosiones, así como también avisos de bomba, accidentes, riesgos medioambientales, riesgos externos (entre ellos se aprecian las inundaciones, los incendios forestales, amenazas nucleares, etc.)
- Según la gravedad.

URGENCIA

- Clase I: en la cúspide de las emergencias estas deben ser atendidas inmediatamente sin vacilaciones ni dilaciones en el tiempo, ya que los signos vitales del paciente se hayan escasos, producto de las consecuencias patológicas apreciables en el mismo.
- Clase II: este tipo de urgencias ameritan la atención en un tiempo de 15-20 minutos, ya que el paciente presenta temperatura sumamente elevada, lo cual va acompañado de un estado de cansancio que llega casi a la inconsciencia también acompañada de la deshidratación. En este tipo de urgencia el paciente presenta grandes dificultades para respirar por lo que amerita la colocación inmediata de oxígeno, para que las vías respiratorias se le puedan despejar por completo o al menos ayudarlo a respirar.
- Clase III: Son aquellas cuyo tiempo de atención de oscilar entre los 40 y 60 minutos dada las distintas complicaciones que el paciente presenta entre las cuales se encuentra dificultad para respirar, dolor agudo de cabeza, taquicardia frecuente, sangrado sobrevenido, elevaciones de la temperatura como consecuencia de infecciones mal curadas o bien que ya llevan tiempo de incubación de una semana.
- Clase IV: Es aquella que puede demorar a lo máximo un día para su atención, tiempo durante el cual el paciente puede permanecer en observación para constatar su evolución. Los síntomas más comunes en este tipo de urgencias consisten en la presencia de dolores leves de cabeza y de cuerpo, pequeña dificultad para orinar, respirar o bien ver, también pueden presentarse infecciones.

TRIAGE

- El Triage extra hospitalario en situación de AMV o catástrofe: tiene como principal fin la clasificación y temprana evacuación de los heridos, no solo dependiendo de su gravedad sino también de su pronóstico, y el establecimiento de tiempos de atención en función de los plazos terapéuticos.
- Segundo Triage o Triage avanzado: que consiste en una valoración primaria del paciente aplicando de nuevo maniobras salvadoras y clasificando a los pacientes según su nivel de urgencia con la diferencia de que se identifican aquellos pacientes con prioridad quirúrgica que precisan evacuación urgente, se realizan procedimientos de estabilización y valoración de las lesiones y por último se realiza un Triage de evacuación que determina el orden de evacuación de los pacientes.

- Tercer Triage o Triage hospitalario que se realiza en los centros hospitalarios, donde se reevalúan y clasifica a las víctimas. Secuencia de Triage.

Existen diferentes modelos en este ámbito que vienen determinados según la polaridad o las características de las lesiones:

➤ Según la polaridad:

- 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.
- 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.
- Triage tetra polar: 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:

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.

- Según las lesiones o modelo lesional: que se aplican en función de la gravedad de éstas. O modelo funcional que clasifica a los pacientes en función a su estado no priorizando las lesiones.

CONCEPTO DE CATÁSTROFE

Cualquier fenómeno que provoca daños, perjuicios económicos, pérdidas de vidas humanas y deterioro de la salud y de servicios sanitarios en medida suficiente para exigir una respuesta extraordinaria de sectores ajenos de la comunidad o zona afectada.

CONCEPTO DE DESASTRE NATURAL

Situaciones imprevistas que representan serias e inmediatas amenazas para la salud pública o cualquier situación de salud pública que pone en peligro la vida o salud de una cantidad significativa de personas y exige la acción inmediata.

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

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Concepto:

Víctima de un traumatismo con lesiones en más de un sistema, y en el que al menos una de ellas puede comprometer su vida.

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: tiene 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:

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.

Valoración de enfermería:

Esta fase exploratoria se realizara en fases inferiores a 30 segundos.

- Identificar y tratar: ABCDE
 - A Vía aérea con control cervical
 - B Ventilación
 - C Circulación
 - D (Disability) Neurológico
 - E Desvestir con control de la temperatura
- A. Vía aérea con control cervical
 - Tracción de mandíbula.
 - Retirar cuerpo extraño.

- Nunca hiperflexión o hiperextensión del cuello.
- Aseguramos la permeabilidad de la vía aérea controlando la columna cervical.
- Si esta inconsciente escuchar ruidos respiratorios y abrir la boca para ver permeabilidad de la vía aérea.
- Si hay obstrucción de la vía aérea, realizaremos la maniobra de elevación de mandíbula con cuello en posición neutra y se procederá a la limpieza de la cavidad bucal, con la mano, aspirando si es necesario con sonda rígida.

B. Control respiración

- Exponer el tórax. Cortar ropas de tórax. Comprobar movimientos y simetría.
- Observar ventilación. Si es inadecuada aplicar mascarilla con aporte de oxígeno en alto flujo (Fi O₂ 50%, 8-10 litros por minuto) o intubación endotraqueal conectado a respirador volumétrico.
- Descartar las lesiones potencialmente vitales: neumotórax a tensión, neumotórax abierto, y tórax inestable con contusión pulmonar y hemotórax masivo. Se aplicara drenaje con tubo.

C. Circulación

Mediante datos clínicos que nos dan información en segundos:

- Gasto cardíaco; nos mide la frecuencia cardiaca amplitud y regularidad del latido cardiaco. Su presencia en relación a la localización nos orienta la tensión arterial.
- Color de piel: nos orienta de la oxigenación de tejidos.
- Relleno capilar: nos orienta de la perfusión tisular. Normal es 2 segundos. Si alargado o ausente indica hipoxia tisular. Se mide en lecho ungueal de 1 dedo de mano o pie.
- No tomar Tensión Arterial en esta fase.

D. Valoración neurológica inicial

- Nivel de conciencia: Test AVDN Mide el nivel de conciencia en el test de Glasgow – Alerta.
- Responde a estímulos verbales -Responde a estímulos dolorosos -No responde a ningún estímulo.
- Estado de pupilas: se valora tamaño, simetría y reactividad a la luz.
- En esta fase se podrá medir la escala de coma de Glasgow.

E. Desvestir con control de la temperatura

En el paciente poli traumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes). Para controlar la temperatura debemos: calentar el ambiente, uso de mantas térmicas, calentar sueros y

sangre (el suero se puede calentar en un microondas, la sangre precisa calentadores especiales).

Cuidados de enfermería:

- Taponamiento comprensivo de hemorragia
- Vigilar el nivel de consciencia, constantes vitales, pulsioximetría, Diuresis.
- Control de temperatura.
- Oxigenoterapia.
- Inmovilización de columna cervical o columna completa.
- Aspiración cavidad bucal.
- Aspiración broncopulmonar.
- Inmovilización de fracturas.
- Drenajes torácicos.
- Intubación oro traqueal.
- Hiperventilación.
- Curas locales de heridas.
- Colocación de sonda vesical y nasogástrica.
- Aseo de pacientes.
- Apoyo emocional.
- Extracción de muestras sanguíneas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUEMADOS

Concepto:

Dstrucción 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 el agente que la ocasiona:
 - Quemadura térmica: Como su nombre lo indica nos referimos aquella que se produce por contacto o exposición a altas temperaturas que ocasionan desde el enrojecimiento o irritación de la piel, hasta el desprendimiento de la misma.
 - Quemadura química: Es aquella que se da a lugar cuando la epidermis entra en contacto con un líquido o bien gas que tenga por propiedades la corrosión, esta quemada se caracteriza por la disolución del tejido o lo que es lo mismo su desintegración de forma inmediata al contacto con el agente químico.
 - Quemadura eléctrica: Es aquella que se ocasiona cuando la piel entra en contacto una descarga eléctrica.
 - Escaldadura: son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición.
 - La congelación: es la lesión tisular temporal o permanente secundaria a la exposición a temperaturas muy bajas.
- Por el grado de afectación que acarrear en la piel:
 - De primer grado: son aquellas que con independencia del agente que las ocasionen solo afectan la parte superficial de la dermis, en efecto, estas son aquellas que desde la óptica de la observación permiten apreciar un enrojecimiento de la misma.
 - De segundo grado: Estas son aquellas que logran afectar la parte superficial de la piel, pero de igual forma ocasionan lesiones en la capa de dermis que le sigue, sin que haya mayor exposición de tejido.
 - De tercer grado: En este caso, estamos en presencia de quemaduras que ocasionan daño integral en el tejido dérmico, con ocasiones de exposición de los músculos y huesos dada la profundidad del daño.

➤ Por su 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.

- Menores: Obedece a quemaduras muy superficiales y que son prácticamente imperceptibles para la vista dada la poquísimas extensión de piel que abarcan.
 - Moderadas: Son aquellas que afectan la extensión de piel en proporción a un miembro u órgano, es decir, la observación de la quemada permite apreciar que esta abarca gran parte de una extremidad o en tamaño comparativo a un órgano interno.
 - Graves: Estas son aquellas quemaduras que abarcan más de una extremidad corporal, están esparcidas en prácticamente toda una sección corporal, de forma generalizada estas coinciden con las quemaduras de tercer grado en daño a la dermis y dolor.
- 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.

Fisiopatología:

- Pérdida de sustancia de la superficie corporal por destrucción de la piel y el tejido subcutáneo.
- Producen aumento de permeabilidad vascular con extravasación hacia el intersticio ocasionando edema.
- Liberación masiva de mediadores inflamatorios hacia la circulación produciendo una respuesta inflamatoria sistémica.
- De 12 a 18 horas posteriores al trauma, el gasto cardiaco empieza a aumentar y permanece elevado hasta la cicatrización de todas las heridas.

Valoración de enfermería:

Se deben seguir los aspectos específicos de la valoración ABCDE: vía respiratoria, respiración, circulación, discapacidad y exposición/control ambiental.

- Vía respiratoria: El mantenimiento de la vía respiratoria tiene prioridad máxima, especialmente si el paciente ha sufrido una lesión por inhalación. Hay que valorar la presencia de estridor (un signo ominoso que sugiere que la vía respiratoria superior del paciente muestra una estenosis de al menos el 85%), quemaduras faciales, hollín en las fosas nasales o la boca, chamuscamiento del pelo facial o nasal, edema en los labios y en la cavidad oral, tos, ronquera y quemaduras circunferenciales alrededor del cuello.
- Respiración: Se debe determinar la idoneidad de la ventilación mediante la valoración de la frecuencia respiratoria del paciente y de la profundidad de sus movimientos respiratorios, al tiempo que se observa si presenta disnea. Es necesaria la auscultación pulmonar con valoración de cualquier ruido respiratorio extraño. También hay que determinar la oximetría de pulso (este parámetro puede ser impreciso en presencia de monóxido de carbono) y la cooximetría si estuviera indicada y fuera posible.
- Circulación: Descartar la existencia de una hemorragia arterial obvia. Valorar la presencia, simetría, amplitud, frecuencia y ritmo de los pulsos; evaluar el tiempo de relleno capilar y la coloración y la temperatura cutáneas.
- Discapacidad: Utilizar la escala AVPU (alerta, verbal, estímulos dolorosos, falta de respuesta) para determinar el nivel de conocimiento del paciente y evaluar con detalle cualquier alteración en este sentido. Evaluar la hipoxia, la disminución de la perfusión cerebral secundaria a hipovolemia y la lesión cerebral que puede haberse producido a consecuencia de un traumatismo craneal. Es necesario estudiar la respuesta pupilar del paciente frente a la luz, así como también las funciones sensitiva y motora.
- Exposición/control ambiental: Retirar con suavidad la ropa y la bisutería o las joyas del paciente que no estén adheridas a su piel, para evitar una lesión tisular sostenida. Cuando el paciente presenta quemaduras en la cara, retirar las gafas o las lentes de contacto. Cubrir al paciente con una sábana seca y estéril para impedir la contaminación adicional de las heridas por quemadura y para mantenerle caliente

➤ El pronóstico de una quemadura está en función de tres variables:

- Superficie afectada: para el cálculo de la extensión un método simple que se puede utilizar es la escala de Wallace.
- Profundidad: la profundidad de la injuria cutánea se clasifica como primero, segundo y tercer grados.
- Edad y antecedentes patológicos del paciente quemado.

Cuidados de enfermería:

- Analgesia: una de las terapias del paciente quemado es la de evitarle el dolor.
- Dieta: se mantendrá al paciente con dieta absoluta durante los 2-3 primeros días. Es recomendable la aspiración nasogástrica para evitar vómitos y una posible bronco aspiración hasta la desaparición del íleo paralítico.
- Tratamiento local: es evitar la infección y conseguir la curación en las de espesor parcial y la supresión temprana de las escaras.
- Cura oclusiva: consiste cubrir la zona quemada con algún agente antimicrobiano tópico y un tul graso, gasas o compresas estériles seguido de un vendaje comprensivo.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO

Concepto:

Se entiende por ahogamiento aquel proceso que ocasiona problema o impedimento de las respiraciones que puede deberse a diversas causas, bien sea por inmersión o sumersión en un determinado líquido; este fenómeno puede ser descrito como un tipo de asfixia debido a la gran dificultad para poder respirar.

Clasificación:

- Grado I: la víctima presenta tos sin espuma.
- Grado II: está presente la tos y poca espuma.
- Grado III: está presente la tos y mucha espuma, se debe de verificar la presencia de pulso radial, si está presente se clasifica como grado 3.
- Grado IV: 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 V: El grupo de las víctimas que no respiran, pero sí tiene pulso.
- Grado VI: Aquellas que no tienen pulso o signos de circulación.

Tipos de ahogamiento:

- Ahogamiento seco: Se produce un espasmo de la glotis por laringoespasma, por lo que el agua no llega al interior del árbol branquial; también se denomina ahogamiento blanco, por el aspecto pálido de la víctima. Muere por poseer agua en los pulmones (después de los 20 min. de inmersión aproximadamente).El cadáver se presenta pálido. Este tipo de ahogamiento también pudo haber sido víctima de un síndrome cardiaco.
- Ahogamiento húmedo: Hay aspiración de líquido a los pulmones tras la fase inicial de laringoespasma, por estímulos de la hipoxia y la hipercapnia en el centro respiratorio de la inspiración; se denomina ahogamiento azul y representa el auténtico cuadro de asfixia por inmersión. Este tipo de asfixia es la más común en personas imprudentes que se alejan de la costa. Las epiglotis se cierra impidiendo el paso de agua hacia la tráquea por lo que tampoco deja pasar oxígeno.

- Ahogamiento completo: Supervivencia mayor de 24 horas, tras sofocación por sumergimiento en agua.
- Ahogamiento secundario: Aparición de un síndrome de distrés respiratorio que suele ocurrir, entre 15 minutos y 72 horas después de la inmersión.

Fisiopatología:

El ahogamiento, definido como sofocación, ocurre sin aspiración en el 10% de los casos, al producirse un laringoespasmo. Y con aspiración de líquido, en el 90% restante. En todos los pacientes aparecerá hipoxemia, ya sea por apnea, en el caso de ahogamiento sin aspiración, o por alteraciones severas de la relación ventilación/perfusión (V/Q) en aquellos casos donde se aspira líquido. La acidosis metabólica aparecerá en un 70% de las víctimas, como consecuencia de la hipoxia tisular y puede llegar a ser muy grave. También puede aparecer acidosis respiratoria con hipercapnia.

El volumen y composición del líquido aspirado determinarán la base fisiopatológica de la hipoxemia.

- Vía aérea de la víctima yace debajo de algún líquido (sumersión, inmersión).
- Cese de la respiración voluntaria.
- Laringo espasmo involuntario (líquido en oro faringe).
- Se tragan largas cantidades agua y los movimientos respiratorios se hacen más activos.
- Cae la TA el laringoespasmo cede= respiración activa del líquido.
- Pérdida de la consciencia y apnea.
- Ritmo cardíaco= taquicardia, bradicardia, actividad eléctrica sin pulso, asistolia.

Valoración de enfermería:

- 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.

- La RCP básica no se debe valorar el pulso antes de iniciar masaje, y además el masaje es prioritario sobre la ventilación (pudiendo incluso no realizar ventilaciones si el reanimador no se encuentra cómo con ello).

Por ello, la RCP se debe realizar siempre siguiendo la misma técnica que para cualquier otro paciente (no es necesario aplicar compresiones torácicas más enérgicas ni “empeñarse” en sacar el agua de los pulmones del ahogado). La RCP en el paciente ahogado suele tener más éxito que en otras causas de parada cardiorrespiratoria. Además, la reanimación debe realizarse aunque haya pasado mucho más tiempo del indicado desde la PCR.

Esto es así porque los ahogados, al estar sumergidos en agua, han estado expuestos a temperaturas más bajas que otros pacientes con PCR, lo cual disminuye el metabolismo y el consumo de oxígeno de los tejidos y los preserva de la muerte durante más tiempo.

- 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.

Cuidados de enfermería:

- Imprescindible estabilizar la vía aérea buscando la permeabilidad de la misma en primer lugar, eliminando cualquier material extraño existente, manteniendo la ventilación.
- 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.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO

Concepto:

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

Clasificación de los tóxicos:

La clasificación de tóxicos de forma precisa no es una tarea fácil y se puede realizar siguiendo varios caminos: en función de sus efectos, de su naturaleza, de los usos del tóxico, de su estructura química, de su grado de toxicidad, etc.

- En función de su naturaleza: Se pueden clasificar como tóxicos químicos y físicos. Los tóxicos químicos pueden ser de origen animal, mineral, vegetal y sintético. Casi siempre se tiende a limitar el concepto de tóxico al efecto de sustancias químicas sin tener en cuenta los efectos tóxicos de elementos físicos, tales como los Rayos X, ultravioleta, el efecto nocivo del ruido etc.

- Según los usos y aplicaciones del tóxico:
 - Medicamentos: medicamentos propiamente dichos, desinfectantes, etc.
 - Productos domésticos: detergentes, disolventes, pulimentos, etc.
 - Productos industriales: gases, sustancias volátiles, metales, aniones,
 - Productos agrícolas: plaguicidas, pesticidas, insecticidas, fertilizantes,
 - Rodenticidas, herbicidas.
 - Productos alimenticios

- En función de la vía de entrada: Los efectos sistémicos de los tóxicos requieren que éstos se absorban y distribuyan por el organismo hasta los lugares donde ejercerán su acción. Para que ésta tenga lugar habrá de pasar por varias fases, así, como cualquier otra sustancia química medicamentosa, deberá absorberse, distribuirse, fijarse y eliminarse. Las principales vías de absorción del tóxico pueden ser:
 - Por ingestión, a través del tracto gastrointestinal. En la mayoría de las intoxicaciones agudas es la principal vía de absorción.

- Por inhalación, a través de la vía respiratoria. Esta vía es la principal en las intoxicaciones por gases.
- Por vía tópica, a través de la piel. Esta vía, junto con la inhalatoria, son las que con más frecuencia se implican en intoxicaciones industriales, mientras que las intoxicaciones accidentales y suicidas suceden con mayor frecuencia por la vía oral.
- Por vía ocular, no son frecuentes. Constituyen un porcentaje menor de intoxicaciones que el resto de las vías de absorción.
- Por vía parenteral. Es la más peligrosa, dada su rapidez de acción.
- Vía rectal. Es muy infrecuente y generalmente se debe a errores de medicación, intra y extra hospitalaria. En ocasiones, en el tráfico de drogas.
- Vía vaginal. Es más infrecuente aún que la rectal y también puede darse en el tráfico de drogas.

En los casos de muertes por intoxicaciones, las vías de exposición predominantes son: ingestión, inhalación y la vía parenteral.

Clasificación de las intoxicaciones:

Atendiendo a su evolución y según la rapidez con que se instaura el proceso tóxico, 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.
- Las intoxicaciones 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.

Intoxicaciones en distintos grupos, en función de su etiología:

- Intoxicaciones accidentales: Estas intoxicaciones tienen una gran importancia por la forma de suceder, generalmente y en los casos de adultos, suelen ser personas que están desprevenidas, confiadas y el contacto con el tóxico puede ser elevado. En el caso de los niños las intoxicaciones accidentales se producen principalmente desde la edad en la que comienzan a deambular hasta los cinco o siete años y las sustancias intoxicantes generalmente son, en este caso, medicamentos y productos domésticos. Salvo excepción, no revisten gravedad porque el niño siempre está con alguien y en casa, detestan el sabor, llora, etc.

Las intoxicaciones accidentales las podemos reagrupar en:

- Intoxicaciones por medicamentos: Cada vez son más frecuentes las intoxicaciones accidentales por medicamentos debido a errores terapéuticos, pudiendo ser muy variadas las condiciones en las que pueden producirse: medicamentos no identificados, acumulo de medicamentos, errores en las dosificaciones, idiosincrasia del individuo, etc.
- Intoxicaciones profesionales: Son las que sufren los trabajadores en el ejercicio de su profesión y se deben a la presencia de elementos químicos en el lugar de trabajo, o a la existencia de los mismos en el material que se manipula.
- Intoxicaciones domésticas: Lo normal es que las intoxicaciones por productos domésticos tanto en el niño como en el adulto se produzcan de forma accidental por ingestión, contacto o inhalación, aunque también se encuentran casos de intoxicaciones en adultos con fines suicidas. Como posibles tóxicos se incluyen los medicamentos, los detergentes, lejías, productos para la limpieza y material de saneamiento, pinturas, combustibles, cerillas, productos cosméticos etc.
- Intoxicaciones alimentarias: Existen principalmente tres tipos de intoxicaciones alimentarias: Intoxicación por contaminación bacteriana de los alimentos. La más importante es la causada por el *Cl. Botulinum*. Los alimentos sospechosos deberán hervirse a presión durante quince minutos. Otras toxinas contaminantes son las elaboradas por estafilococos, salmonelas u otros organismos. Este tipo de intoxicaciones no afectan directamente a la UAFI, ya que su diagnóstico y tratamiento sigue otro camino a su entrada por urgencias del hospital. Intoxicación por contaminación química de los alimentos. Los alimentos pueden provocar

intoxicaciones por las sustancias que les acompañen, extrañas a la composición del mismo, tales como los aditivos químicos, los contaminantes del envase u otras procedencias. Y por último, las intoxicaciones debidas a la propia naturaleza de la sustancia alimenticia, por ejemplo los hongos.

- Intoxicaciones ambientales: Engloba las intoxicaciones no profesionales y que son ocasionadas por la contaminación del aire, agua o suelo.
- Intoxicaciones por plantas: Las plantas pueden ocasionar daño tanto al hombre como a los animales herbívoros. La mayoría de las intoxicaciones están relacionadas con niños pequeños que pueden estar en contacto con las plantas tanto en casa como en el patio del colegio, etc. Los adultos y adolescentes pueden verse afectados por plantas tóxicas con las que han experimentado, por pensar que tenían propiedades curativas, placenteras, alucinógenas o de otro tipo. En estos casos raramente se ocasionan serios problemas.
- Picaduras y mordeduras de animales: Las intoxicaciones más frecuentes por los animales suelen ser: mordeduras de víboras, picaduras de arácnidos e insectos y picaduras o contacto con animales acuáticos. Todas estas intoxicaciones accidentales suelen traer aparejado toda una serie de problemas de diagnóstico, prevención y tratamiento, (eliminación de veneno, utilización de sueros específicos, cuidados complementarios, etc.)

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:

El control del paciente con una intoxicación aguda comprende 6 fases:

1. Medidas de emergencia.

Se basan en la restauración y el mantenimiento de la vía aérea, ventilación y circulación (ABC). Generalmente no son necesarias en la mayoría de las intoxicaciones agudas por no estar afectadas las funciones vitales.

2. Valoración diagnóstica general.

➤ Anamnesis: Se interroga al paciente, o si no es posible, a sus familiares o acompañantes. Se investigará fundamentalmente sobre:

- Nombre del tóxico y cantidad
- Tiempo transcurrido desde su administración.
- Vía de entrada del tóxico en el organismo.
- Antecedentes personales relacionados con patología psiquiátrica y/o intoxicaciones previas.

➤ Exploración física:

- Valoración de ABC.
- Valoración neurológica: estado de conciencia, focalidad neurológica, coexistencia con otras lesiones como TCE, tamaño y reactividad pupilar: midriasis (cocaína, anfetaminas, antidepresivos tricíclicos, etc) y miosis (opiáceos, organofosforados, etc.)

➤ Exploración general (Inspección del paciente):

Coloración de la piel:

- Rojo cereza: intoxicación aguda por monóxido de carbono.
- Cianosis achocolatada: causada por tóxicos metahemoglobinizantes.
- Presencia de ampollas cutáneas: barbitúricos, CO.
- Sudoración intensa: salicilatos, organofosforados, etc.
- Exploración de la cavidad bucal: causticación,
- Aliento del paciente: a betún (cianidas), a insecticida (parathión), a limpieza (tetracloruro de carbono), a almendras amargas (cianuro), olores característicos (éter, trementina, gasolina, etc.).

- Auscultación cardiorrespiratoria: se detectará la existencia de arritmicidad del pulso o signos de edema pulmonar.
- Exploración abdominal, encaminada a descartar abdomen agudo.
- Exploración de extremidades: lesiones por picadura o mordedura de arácnidos y reptiles.

3. Tratamiento general.

➤ Evitar o disminuir en lo posible la absorción (dependerá de la vía de entrada del tóxico):

- Vía parenteral: actuación difícil, pues el tóxico pasa directamente al torrente sanguíneo. Puede procederse a la aplicación local de frío o la colocación de un torniquete.
- Vía respiratoria: se separará al individuo de la atmósfera tóxica y se aplicará oxígeno en concentración que oscilará entre 30-100%, en función del grado de hipoxemia.
- Vía conjuntival: se irriga el ojo afectado con SF o agua durante 15-30 minutos.
- Vía cutánea: se retiran las ropas impregnadas del tóxico y se lava la piel con abundante agua y jabón.
- Vía digestiva: es la puerta de entrada más frecuente del tóxico.

➤ Vaciado gástrico: Indicado si el tiempo tras la ingesta no ha superado las 3 horas. Puede realizarse de dos modos:

- Provocando el vómito: jarabe de ipecacuana o estimulando la úvula
- Aspiración y lavado gástrico.
- Se colocará al paciente de decúbito lateral izquierdo en Trendelenburg con las rodillas flexionadas.
- Se introducirá la sonda con vaselina, se aspira con jeringa (se envía muestra al laboratorio).
- Para el lavado se introducen 300cc de SSF y se extraen repetidamente hasta conseguir un líquido claro.
- En niños se introduce 50cc/Kg de peso y se mezcla con agua.

- El vaciado gástrico está contraindicado en: intoxicaciones no digestivas, cuando ha pasado mucho tiempo tras la ingesta, en pacientes en coma (aspiración) cuando hablamos de provocación del vómito, en pacientes con convulsiones, con productos derivados del petróleo (aspiración de vapores) y con productos cáusticos y detergentes espumantes.
- Además, también puede evitarse la absorción por vía digestiva favoreciendo el tránsito intestinal rápido, provocando diarrea con purgantes.

➤ Tratamiento con carbón activado:

- Carbón vegetal tratado para tener una gran capacidad de absorción, que complica así el paso de la sustancia a través de la mucosa intestinal.
- Las dosis usadas son de 25 g en niños y 100 g en adultos. Se puede repetir la dosis cada 3 horas durante las 24 primeras horas, asociándola a catárticos para acelerar el tránsito intestinal.
- Se puede dar con agua, y dado su mal sabor, sobre todo en niños, se debe endulzar. Si el paciente está sondado, se debe introducir por sonda.
- Está contraindicado en la intoxicación por cáusticos

4. Tratamiento específico.

Consiste en la administración de antídotos/antagonistas en función del tóxico causante de la intoxicación.

5. Período de observación: tratamiento y controles de mantenimiento.

Se basa en el seguimiento de las medidas terapéuticas adoptadas y en la vigilancia del paciente para observar signos de toxicidad no advertidos inicialmente o para detectar posibles complicaciones de la intoxicación.

6. Aplicación de medidas correctoras: psiquiátricas y sociales.

Se basa en la aplicación de medidas (psiquiátricas y sociales) que permitan corregir las alteraciones que motivaron la intoxicación, entre éstas se incluye la obligada consulta psiquiátrica en casos de intento de autolisis.

Cuidados de enfermería:

- Realizar intubación si la vía aérea o la ventilación están comprometidas.
- Use el lavado gástrico con método alternativo a emesis.
- Apoyo ventilatorio (Protección de las vías aéreas, Oxigenoterapia, ventilación mecánica)
- Apoyo cardiovascular (Monitoreo del ritmo, Drogas inotrópicas, Drogas anti arrítmicas)
- Apoyo neurológico (Control de convulsiones, anormalidades conductuales)
- Administración de antídotos.
- Terapia de soporte.
- Control de signos vitales.

Diagnósticos y actividades de enfermería:

- Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteraciones en el ritmo cardiaco.

Objetivo: Mantener un bombeo sanguíneo que permita cubrir las demandas metabólicas del organismo.

Actividades:

- Monitorización hemodinámica del paciente: ECG, T/A, frecuencia cardiaca, cifras de saturación de oxígeno.
- Canalizar vía venosa y administrar fluido terapia según pauta.
- Vigilar cambios en el estado de conciencia del paciente: confusión, cefalea, alteración de la visión, letargo.
- Traslado del paciente al Servicio de Cuidados Intensivos si la situación del mismo lo requiere.

- Alteración del intercambio gaseoso relacionado con disminución del nivel de conciencia.

Objetivo: Mantener un adecuado equilibrio entre perfusión-ventilación.

Actividades:

- Ejercer medidas para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Monitorización hemodinámica del paciente: ECG, T/A, frecuencia cardiaca, cifras de saturación de oxígeno.
- Realizar gasometría arterial para valorar la función respiratoria del paciente.
- Administrar oxigenoterapia por mascarilla al 50% si existe hipoxemia.
- Colocar al paciente en una postura que favorezca un intercambio gaseoso eficaz y favorezca la eliminación de secreciones.
- Vigilar cambios en el patrón respiratorio del paciente, que indiquen depresión del centro respiratorio y hagan necesario instaurar ventilación mecánica.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con disminución de las cifras de tensión arterial.

Objetivo: Mantener un adecuado volumen de líquidos que permita mantener cifras de tensión arterial que garanticen una adecuada perfusión sanguínea.

Actividades:

- Monitorización hemodinámica del paciente: ECG, T/A, frecuencia cardiaca, cifras de saturación de oxígeno.
- Canalizar vía venosa y administrar fluido terapia según pauta.
- Realizar sondaje vesical y control horario de los valores de diuresis.
- Vigilar el estado del paciente en busca del signos/síntomas de hipotensión/shock.

CONCLUSIÓN

Como bien sabemos la enfermería es la ciencia del cuidado y su función es de vital importancia en nosotros como pacientes. Enfermería brinda la atención en varias áreas hospitalarias, en lo personal el área de urgencias es una de las más fundamentales para la vida del paciente. Hemos mencionado anteriormente algunas de las atenciones que brinda enfermería hacia las emergencias y urgencias, que va desde la valoración del paciente hasta los cuidados que se le brindan tanto a él como a su entorno familiar.

Hemos quedado satisfechos con la investigación realizada del manual presente, ya que nos llevamos con nosotros lo más importante de cada atención de enfermería ante una situación de urgencia o emergencia.

ANEXOS

La escala de coma de Glasgow:

Es una herramienta utilizada para valorar el nivel de consciencia (estado de alerta y estado cognoscitivo), analizando la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Su alta especificidad y sensibilidad nos servirá para determinar la severidad del traumatismo craneoencefálico, el pronóstico y el tipo de asistencia que precisa el herido, se considera Glasgow leve cuando la puntuación es 14-15, Glasgow moderado cuando es 9-13 y Glasgow grave si es 8 o menor.



ESCALA DE COMA GLASGOW



MEJOR RESPUESTA

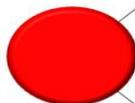
@Creative_Nurse

	4	3	2	1		
OCULAR	 ESPONTÁNEA Abre antes del estímulo	 AL SONIDO Tras decir o gritar la orden	 A LA PRESIÓN Tras estímulo en la punta del dedo	 NINGUNA No abre los ojos No hay factor que interfiere		
NV No Valorable = Cerrados por un factor a nivel local						
VERBAL	 ORIENTADO Da correctamente Nombre, Lugar y Fecha	 CONFUSO No orientado Comunicación coherente	 PALABRAS Palabras sueltas ininteligibles	 SONIDOS Solo gemidos y quejidos	 NINGUNA No se oye respuesta No hay factor que interfiere	
NV No Valorable = Existe factor que interfiere en la comunicación						
MOTORA	 OBEDECE ORDENES Obedece con ambos lados	 LOCALIZA Lleva la mano por encima de la clavícula estimulada	 FLEXIÓN NORMAL Dobra brazo sobre codo rápidamente	 FLEXIÓN ANORMAL Dobra brazo sobre codo. Características anormales	 EXTENSIÓN Extiende el brazo	 NINGUNA No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiere
NV No Valorable = Parálisis u otro factor limitante						

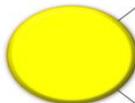
FUENTE: <http://www.glasgowcomascale.org/>

Clasificación de Triage:

TRIAGE PRE-HOSPITALARIO:
 Se realiza en un lugar cercano al sitio de ocurrencia de los hechos, por personal capacitado. Importante realizar el TRIAGE desde el área segura



Hace referencia a los pacientes en estado crítico; que requieren de cuidados intensivos pues las lesiones representan un peligro para su vida (shock hipovolémico, tórax inestable, TCE, etc.).



Se refiere a los pacientes en estado grave; pero las lesiones son de mejor pronóstico, pues pueden esperar un tiempo para ser trasladados (quemaduras de 2º grado, fracturas múltiples).



Son paciente con lesiones mínimas; estas lesiones no ponen en peligro la vida de estos, pueden ser trasladados a centros de mejor complejidad y no son prioridad para el transporte en la ambulancia.



Se refiere a la identificación de los cadáveres; los cuales deben ser enviados a la morgue con previa identificación si es posible.

Regla de los nueve de Wallace:

Es un método que se utiliza para calcular la extensión cutánea quemada en un paciente. Consiste en dividir la superficie del cuerpo en áreas equivalentes al 9% de la superficie corporal total quemada (SCTQ) o por múltiplos de 9. 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%.



La tabla de Lund y Browder:

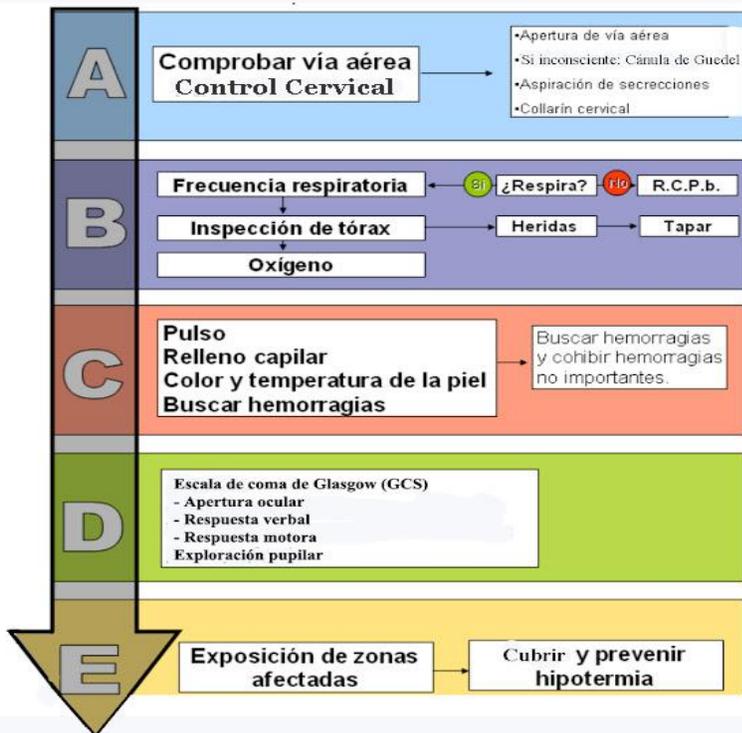
Permiten una estimación más exacta de la superficie quemada. Es el método que debería de utilizarse para el cálculo de la superficie quemada en menores de 10 años.

Tabla de Lund y Browder

Area	0 - 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 años	adulto
Corporal						
Cabeza	19	17	13	11	9	7
Cuello	2	2	2	2	2	2
Tronco ant.	13	13	13	13	13	13
Tronco post.	13	13	13	13	13	13
Glúteo der.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Glúteo izq.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genitales	1	1	1	1	1	1
Antebrazo der.	4	4	4	4	4	4
Antebrazo izq.	4	4	4	4	4	4
Brazo der.	3	3	3	3	3	3
Brazo izq.	3	3	3	3	3	3
Mano der.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Mano izq.	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Muslo der.	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5
Muslo izq.	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5
Pierna der.	5	5	5.5	6	6.5	7
Pierna izq.	5	5	5.5	6	6.5	7
Pie der.	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
Pie izq.	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5

TABLA V					
PORCENTAJE DE SUPERFICIE CORPORAL DE ACUERDO CON LA EDAD (ADAPTADO DEL ROYAL HOSPITAL FOR SICK CHILDREN). EDINBURGH. TOMADO DE "TRATAMIENTO LOCAL DE LAS QUEMADURAS". DR. ARTIGAS; ED. PARKE-DAVIS. CHILE 1980					
Menor 1 año	1 año	5 años	10 años	15 años y más	

Valoración ABCDE:



La escala AVDN (AVPU en inglés):

Es una herramienta simple que puede usar tanto personal sanitario como no sanitario para hacer una estimación del nivel de consciencia de una víctima mediante la observación de la respuesta del comportamiento del paciente a diferentes estímulos.

- Alerta: el paciente se mantiene alerta y despierto, y responde a la voz, al tiempo que se mantiene orientado respecto al tiempo, el espacio y las personas.
- Verbal: el paciente abre los ojos frente a los estímulos verbales, aunque no muestra una orientación completa respecto al tiempo, el espacio y las personas.
- Dolor: el paciente responde a los estímulos dolorosos como la compresión de los lechos ungueales o el frotamiento del esternón, pero no responde a los estímulos verbales.
- Falta de respuesta: el paciente no responde a los estímulos verbales ni a los estímulos dolorosos.

A

**El paciente
está alerta**

V

**El paciente responde
a la estimulación
verbal**

D

**El paciente responde
a estímulos
dolorosos**

N

**El paciente
no responde**

BIBLIOGRAFIA

- <https://monkeyem.com/2017/12/31/trauma-conceptos-generales-y-fisiopatologia/>
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/intoxica.pdf>
- Antología len702 enfermería en urgencias y desastres.