



“Universidad Del Sureste”

“Enfermería en Urgencias Y Desastres”

“Manual en Urgencia de Enfermería”

Profesora: Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Alumno: Enrique Horacio Magaña Peralta

“7-Q”

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJECTIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	4
CONCEPTO DE URGENCIA Y EMERGENCIA.....	5
CLASIFICACION DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA.....	5
CONCEPTO DE CATRASTROFE Y DESASTRE NATURAL.....	5
4.-ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS Y DESEQUILIBRIOS CON EL AMBIENTE.....	6
ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.....	6-12
ATENCION DE ENFERMERIA EN QUEMADOS.....	12-14
ATENCION DE ENFERMERIA EN AHOGAMIENTO.....	14-17
ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS.....	17-18
5.-ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON OXIGENACION TISULAR.....	19
ATENCION DE ENFERMRIA A PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA.....	19
ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES ANTE EL SHOCK.....	20-21
ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES HIPEETENSIVOS.....	21-22
ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.....	22-23
6.-ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABOLICAS:.....	24
ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DESCOMPESACIONES DIABETICAS.....	24-25
ATENCION DE ENFERMERIA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.....	25-26
CONCLUSION.....	27
ANEXOS.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	29

INTRODUCCION

Básicamente sabemos que la rama de la enfermería o medicina es habito laboral de gran estudio y aprendizaje, por ese dicho me dado como tarea de escribir un manual que ayude a comprender más afondo y a gran detalle algunos sucesos de temas o subtemas que se enfocan en el área de trabajo y técnicas en el hábito del área de la ciencia de la salud; en parte comento que cada persona necesita entender que es bueno, leer. La lectura como tal siempre nos ha llevado a nuevos caminos ya sea de aprendizaje y de imaginación, en ocasionas nos envuelve en muchas razones en otras nos quita esas dudas que nos tormenta; por eso y más debemos entender que cada palabra escrita en este texto y otros libros de gran contexto nos ayudara con el tiempo en cualquier duda que nos atormente en vez en cuando. El objetivo como tal, es que siempre necesitamos un material de apoyo para poder elaborar una técnica y una teoría que podamos nosotros realizar y también podamos a los demás enseñar.

Objetivo General

Se da a conocer que los temas y subtemas de este manual de gran contexto, se puede decir que nos ayudaran en gran enfoque en el aria laboral de enfermería; ya que como personas mucho tenemos que dar en conflicto que somos capaces de entender por medios de notas y libro de lecturas. El manual que se presenta escrito en estas hojas dan marcha como ayuda o apoyo para un estudiante y un personal profesional de la etapa en trabajo de un área de la salud.

Objetivo Especifico

- ❖ Determinar los procesos que se deben realizar en un área laboral de enfermería.
- ❖ Enfocar más los aprendizajes en gran repaso de lectura por medio de un manual que va detallada información.
- ❖ Dar marcha que podemos compartir a otras personas este manual que es útil para que la persona que lo estudio se capacite con gran determinación.
- ❖ Los manuales como se verá en este se da como referencia a un material de mucho apoyo ya sea, para estudio o para repaso.

Concepto de Urgencia y Emergencia:

Se dice que la atención surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata, en razón entra la urgencia que se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata; en cambio la palabra emergencia, es la situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiera una actuación inmediata.

Clasificación de Urgencia y Emergencia(Triaje):

Sabemos que el triaje es una escala de gravedad, en la que se realiza una valoración clínica preliminar a los pacientes, dependientes a una triación a la primera; claramente se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, enfermedades crónicas que padezcan el paciente y el estado físico en el que se encuentre.

Se divide en 5 niveles.

Rojo: Resucitación; prioridad absoluta que requiere atención inmediata y sin demora.

Naranja: Emergencia; situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. (Demora de asistencia médica hasta 15 minutos).

Amarrillo: Urgencia real; urgente pero estable físicamente con potencial riesgo para deteriorar su salud. (Demora máxima de 60 minutos).

Verde: Urgencia menor; son condiciones que el paciente considera como prioridad, pero que no pone en peligro su vida. (Demora máxima para su atención es de 2 horas).

Concepto de Catástrofe y desastre natural:

La palabra catástrofe se utiliza de forma habitual para definir aquellos fenómenos de ruptura del sistema ecológico humano que desbordan la capacidad de respuestas de esa comunidad para abordar por si sola a los efectos producidos y funcionar con normalidad. En la urgencia médica se entiende por definición de un problema de salud que el paciente, sus familiares o testigos consideran como tal una demanda de atención inmediata; como la pérdida de salud, con afectación actual o potencial de un órgano vital que conlleva en gran peligro para al vida de una persona.

El desastre natural como tal es un fenómeno habitual en lo universal, pero en si se refiere a las cosas que pasan sin pensar ya sea física o mental; por ejemplo, cuando ocurre un terremoto los afectados o sobrevivientes suelen comenzar las actividades de búsqueda y rescate a los

pocos minutos del impacto o las pocas horas. Otro desastre natural en concepto pueden ser las epidemias ya que ellas son las más peligrosas en el área sanitar y social.

4.-Atención de enfermería en las emergencias traumáticas y desequilibrios con el ambiente:

4.1.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLI TRAUMATIZADO.

Es para pacientes heridos con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida; se supone que es la primera causa de muerte en los países desarrollados en menores de 45 años de edad.

Clasificación.

Es una de las sumas más importancia para el personal que apoyará en el manejo inicial del poli traumatizado, ya que es el que se realiza en el lugar donde se produjo el evento y a poco tiempo de ocurrido, por lo que se debe de determinar principalmente de qué tipo de poli trauma se trata en función de la gravedad; su división es la siguiente:

Politraumatismo leve: Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.

Politraumatismo moderado: Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.

Politraumatismo severo o grave: Pacientes con alguna de las siguientes condiciones; trastorno de conciencia, fracturas de dos o más huesos, eyección del paciente de vehículo cerrado, embarazo y heridas penetrantes en cabeza, cuello, dorso e ingle.

Fisiopatología.

Se define como el traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas y de los órganos; pero mayormente, se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS, que puede ser excesiva y de equilibrio con una respuesta antiinflamatoria que activa.

Valoración en enfermería.

Esta fase de exploración se realiza en tiempos inferiores a 30 segundos; se debe detectar lesiones vitales y siempre que vayan asociadas al tratamiento inicial de las misma.

Valoración de la escena.

- Aproxímese al lugar manteniendo en todo momento las **medidas necesarias de seguridad**:
 - para su equipo: Utilice material de protección que preste **seguridad activa** (ser consciente del peligro y esperar a los equipos de rescate, si la situación así lo requiere) y **seguridad pasiva** (cascos, gafas, chaleco reflectante, chaleco anti fragmentos, guantes, traje NBQ, máscara antigás, equipo autónomo, ropas de protección en situaciones de fuego cedidas por bomberos, etc.).
 - para el / los pacientes: valore la posible situación de inseguridad del paciente y de las personas que se encuentran en su entorno.
- Si se encuentra ante una sospecha de incidente NBQ, priorice la información a la Central de Comunicaciones y tome las medidas de autoprotección de manera estricta (ver procedimiento operativo: NRBQ)
- Evite la visión en túnel (prestar atención a lo más evidente, dejando otros pacientes o situaciones sin atender).
- Preste atención al mecanismo lesional, información importante a tener en cuenta para el diagnóstico de lesiones, tratamiento e incluso pronóstico final. Reséñelo en el informe de asistencia.
- Valore los apoyos necesarios (policía, bomberos, otras unidades SAMUR,...)
- Informe a la Central del tipo de incidente, número aproximado de víctimas y gravedad de las mismas, accesos más favorables para apoyos solicitados, etc.

Estimación inicial de gravedad.

- Será rápida, en **menos de treinta segundos**. Tiene por objeto conseguir una **impresión de gravedad** del o los pacientes.
- Compruebe el **nivel de conciencia** del paciente, valorando su estado:
 - Consciente (se valorará pulso y respiración)
 - Inconsciente (implica apertura de vía aérea seguida del resto de la valoración inicial). Todo ello realizado con alineación con control manual cervical.
- Compruebe el **estado respiratorio** del paciente, atendiendo a frecuencia respiratoria aproximada (normal o bradipnea o taquipnea) y la existencia o no de dificultad respiratoria. Valore simetría y adecuada expansión de ambos hemitórax.

- A la vez que comprueba la respiración, estime el **estado hemodinámico**:
- Palpe pulso, frecuencia y amplitud, estimando un estado tensional aproximado:
 - Pulso radial presente: > 80 mmHg. de TAS
 - Pulso femoral presente: > 70 mmHg
 - Pulso carotídeo presente: > 60 mmHg
- valore el relleno capilar y perfusión tisular (palidez, sudoración, frialdad...)
- Calcule la **escala AVDN** (Alerta, reacción al estímulo Verbal, al Dolor o No respuesta) o, en su defecto, mida el componente motor de la Escala de coma de Glasgow (GCS).
- Al final de esta estimación inicial, se debe de tener una idea preliminar y aproximada del estado del paciente, estando en disposición de realizar una **clasificación de víctimas**, en el caso de que hubiera más de un paciente o se tratara de un IMV (ver procedimiento operativo: Incidentes con Múltiples Víctimas y Triage), y/o de iniciar **maniobras de resucitación**, si son necesarias.

Valoración primaria y soporte vital.

Durante esta fase, el paciente es atendido en equipo:

- Un técnico se situará, preferentemente, a la cabecera del paciente
- El resto de los técnicos realizarán el apoyo logístico y asistencial

Esta disposición en torno al paciente permite la instauración por los distintos componentes del equipo de múltiples **actos diagnóstico - terapéuticos simultáneos**, que singularizan y determinan nuestra valoración y reanimación primaria.

La disposición en grupo de actuaciones es orientativa y tiene como base establecer las prioridades de actuación habituales en la emergencia extra hospitalaria. Es posible variar de grupo las actuaciones en función de las necesidades del paciente.

A) Primer grupo de actuaciones

- Si el paciente estuviera en decúbito prono o lateral, voltéelo hacia la posición de decúbito supino mediante las maniobras de movilización controlada de columna vertebral.
- Permeabilice la vía aérea con control cervical, si no lo ha hecho ya.
- La maniobra inicial de apertura de vía aérea, en estos pacientes, será la de elevación mandibular, fijando la frente.

- Coloque cánula orofaríngea tipo Guedel si el paciente se encuentra inconsciente (sin forzar su colocación).
- Coloque collarín cervical sabiendo que no es la inmovilización definitiva y que no se debe descuidar el control manual sobre la columna cervical.
- Si necesita ventilación, utilice el balón de reanimación con reservorio conectado a fuente de oxígeno a alto flujo.
- Controle aquellas hemorragias masivas que puedan comprometer la vida del paciente en poco tiempo.
- Proporcione oxígeno a alto flujo si el paciente ventila espontáneamente.
- Coloque el pulsioxímetro.

Traslado primario a la unidad.

- **Inmovilización y movilización primaria.** Movilice al paciente desde su posición inicial, al decúbito supino, utilizando técnica necesaria: desincaeración con férula espinal tipo Kendrick, puente holandés, tabla espinal, camilla de cuchara y correas de sujeción, etc. Valore la colocación de férulas ante deformidades o fracturas. Es importante, si la situación del paciente lo permite, que antes de producir maniobras dolorosas informe para posible analgesia previa del paciente. (ver Técnicas: Trauma, técnicas de movilización de pacientes)
- **Inmovilización secundaria.** Fije correctamente los instrumentos diagnósticos necesarios para monitorización y los dispositivos terapéuticos aplicados así como, realice la fijación del propio paciente para traslado al habitáculo asistencial. (ver Técnicas: Trauma, técnicas de inmovilización)

Valoración secundaria y estabilización

- Realice, en equipo, todas aquellas valoraciones y acciones terapéuticas no realizadas en la valoración primaria. Se realizará preferentemente en la unidad asistencial, intentando ofrecer un ambiente térmico adecuado.
- Realice una breve historia médica. Reséñelo en el informe de asistencia (no olvide reseñar si ha habido movilización previa de la víctima, así como, la valoración del mecanismo lesional).
- Realice **reevaluación** del estado del paciente:
 - Función respiratoria y situación hemodinámica.

- Efectúe una nueva determinación de constantes. Observe las constantes monitorizadas y las no valoradas en un primer momento, instalando el instrumental diagnóstico necesario.
- Estado neurológico. Reevalúe:
 - GCS si puede hacerlo.
 - Vuelva a explorar pupilas.
 - Busque anomalías neurológicas (movimiento o sensibilidad generales), informando en caso de anomalías.
- Realice una **evaluación sistemática** del paciente, desde la cabeza a los pies y por aparatos.

Cara

- Realice una exploración facial completa de ojos buscando enucleaciones, cuerpos extraños, hemorragias, laceraciones, ojos de mapache, agudeza visual...
- Busque deformidades o desgarros, hemorragias, LCR en nariz y pabellón auricular. Explore igualmente la boca, en la que, además, podrá encontrar laceraciones de la mucosa o de la lengua, fracturas dentales, cuerpos extraños, etc.
- Compruebe integridad de las estructuras óseas o, en su defecto, hundimientos, crepitaciones, fracturas, luxaciones mandibulares, etc.

Cráneo

- Busque cualquier alteración traumática de la estructura ósea, además de scalps (signo del escalón), salida de LCR, signo de Battle (hematoma en apófisis mastoides), hematomas peri orbitarios, etc.

Cuello

- Dentro de las estructuras blandas, busque pulsos carotídeos bilaterales, heridas, heridas sibilantes, enfisema subcutáneo.
- Compruebe la posición y desviación traqueal.
- Con respecto a las partes óseas, busque lesión cervico-medular (dolor, crepitación, desviaciones...)

Tórax

- Examine la pared investigando heridas, asimetría de movimientos respiratorios, deformidad y existencia de crepitación.

Abdomen

- En el trauma abdominal cerrado, indague en busca de contusiones, heridas, hematomas, dolor referido del paciente.
- En el trauma abdominal abierto, no retire los objetos penetrantes, fíjelos. No reintroduzca asas, límitese a cubrirlas con paño estéril y humidézcalas con suero caliente.

Pelvis

- Sus fracturas pueden conllevar una gran pérdida hemática.
- Busque deformidades, heridas, hematomas.
- Inmovilice pelvis todo lo que pueda.

Extremidades

- Busque fracturas abiertas o cerradas, luxaciones y lesiones músculo - ligamentosas.
- Proceda a efectuar una valoración vasculonerviosa distal continua (existencia de pulso y sensibilidad y movilidad).
- Inmovilice aquellas fracturas que lo precisen mediante el sistema más adecuado al caso, y retire todos aquellos elementos que puedan comprometer la circulación y/o el retorno venoso (anillos, pulseras etc.).

Espalda

- Explore con movilizaciones controladas en busca de heridas, deformidades, dolor, etc.
- Efectúe una valoración motora y de las sensibilidades.

Cuidados de enfermería.

Debe existir hojas de enfermería que acompañen al paciente, donde la información de los cuidados para que se vea reflejada para poder evaluar contantemente los resultados; al igual para optimizar nuestros esfuerzos, para poder dar una mayor calidad a nuestros clientes y paciente que requieren a todo momento el cubrimiento de sus necesidades.

- Medidas de reanimación.
- Taponamientos compresivos de hemorragias.
- Vigilancia de nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratorias. (pulsimetría, alteraciones motoras/sensoriales, diuresis y otros signos.
- Control de temperatura.
- Inmovilización de columna cervical o columna completa.

- Oxigenoterapia.
- Tratamiento postural.
- Aspiración de cavidad bucal.
- Aspiración broncopulmonar.

4.2.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

se sabe que las quemaduras son una lesión traumática muy grave, debido a la pérdida de la piel y a las alteraciones fisiológicas que ocurren en su organismo; ya sea por dolor, la complejidad del tratamiento, el tiempo de curación, las secuelas funcionales y estéticas, etc. Por otra parte; la quemadura es la destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radiactivo.

Clasificación.

- **Quemaduras de primer grado (superficiales).** Las quemaduras de primer grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo. Es raro el daño de largo plazo al tejido y generalmente consiste de un aumento o disminución del color de la piel.
- **Quemaduras de segundo grado (espesor parcial).** Las quemaduras de segundo grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.
- **Quemaduras de tercer grado (espesor total).** Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo. La quemadura puede verse blanca o carbonizada. La zona afectada pierde sensibilidad.
- **Quemaduras de cuarto grado.** Las quemaduras de cuarto grado también dañan los huesos, los músculos y los tendones subyacentes. No hay sensación en la zona, ya que las terminales nerviosas han sido destruidas.

Fisiopatología.

Las quemaduras aumentan en la permeabilidad capilar de la zona quemada y de las áreas vecinas. Hay un trastorno en la microcirculación con paso de líquidos, iones y proteínas del espacio intravascular al intersticial formándose un edema; que se ve favorecido por la liberación de sustancias vaso activas de las escara y zonas adyacentes.

Valoración de enfermería.

- Comprobar la existencia de signos vitales: vía aérea permeable, pulsos o hemorragia asociada. Identificar signos de inhalación de humo como quemaduras en la cara, pelos y mucosas de nariz chamuscados o esputos negros.
- Cortar la ropa para retirarla siempre y cuando no esté adherida a la piel, en este caso, habrá que dejarla; y retirar objetos como anillos, pulseras, etc., ya que se van a producir edemas.
- Canalizar una vía venosa para reponer líquidos y administrar analgésicos.
- Colocar una sonda vesical para control de diuresis y balance hídrico.
- Valoración de la herida según lo descrito anteriormente.
- Traslado a la unidad de quemados.

Cuidados de enfermería.

- En caso de que sea necesaria la reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre, siempre que sea posibles en zonas de piel sana, preferiblemente a más de cinco centímetros de la piel quemada (IA).
- Administrar el analgésico indicado, valorar su efectividad y reacciones secundarias. Preferiblemente la administración debe ser por vía endovenosa, dado que la absorción por vía intramuscular es lenta en zonas edematizadas (IV).
- Retirar cuidadosamente anillos, pulseras, cinturones, y en general todo objeto o ropa antes que la zona comience a inflamarse (IV).
- Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.
- Si el edema está presente elevar la zona afectada para evitar el síndrome compartimentar. En quemaduras en la cara elevar la cabecera de la cama/camilla unos 30o.
- En quemaduras causadas por fuego directo o por contacto: - En las primeras tres horas tras producirse la quemadura, irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 - 30 minutos ya que reduce la severidad del daño tisular y el edema (III). - No utilizar agua helada, debido a que la vasoconstricción intensa puede causar la progresión de la quemadura y también aumenta el riesgo de hipotermia (IV). - Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C.

- En quemaduras químicas: - Utilizar el equipo de protección adecuado. - Si es posible, determinar la sustancia química causante, retirar la ropa cortándola para evitar el contacto con tejidos sanos. - Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel, e irrigar copiosamente la quemadura con agua a baja presión por un periodo de tiempo de entre 30 a 60 minutos.
- Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35°C. - No tratar de neutralizar las sustancias químicas. La reacción exotérmica que provocan genera calor y puede agravar la lesión inicial, además de retrasar la retirada del agente (IV).
- En caso de que la quemadura haya sido producida por alquitrán, no intentar retirarlo (IV). En primer lugar, debe ser enfriado para liberar el calor retenido, y después debe ser retirado con ayuda de emulsionantes.
- Las quemaduras en los ojos requieren de una copiosa irrigación continua, preferiblemente a través de una bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión. El procedimiento requiere dar la vuelta al párpado superior y tirar hacia abajo del fondo de saco, o el uso de un espéculo de ojo para que este permanezca abierto durante la irrigación.
- En quemaduras eléctricas de alto voltaje se debe realizar un electrocardiograma para detectar arritmias. *f* Las quemaduras en genitales (pene y vulva), pueden requerir colocación de una sonda de Foley para mantener la permeabilidad de la uretra.
- En quemaduras mayores administrar profilaxis de la úlcera gástricas por estrés (úlceras de Curling) (I), según prescripción médica.

4.3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.

Un ahogamiento se produce tras un episodio de inmersión de la víctima. Que en situación puede provocar la muerte de inmediatamente o incluso antes de las primeras 24 horas, debido a complicaciones derivadas del ataque hipóxico. Pero realmente el ahogamiento, es la obstrucción de las vías aéreas superiores causadas por líquido. También puede definirse como la muerte por asfixia tras el paso de líquido a la vía aérea. Inicialmente, tras la inmersión total en el agua, la víctima inhibe su respiración y se agita violentamente que se produce; porque un medio líquido obstruye el paso del aire al interior de las vías aéreas, solo se puede hablar de ahogamiento cuando la muerte se ha producido por la entrada de agua en los pulmones. Se dice que, si el ahogamiento se produce en agua dulce, altera el surfactante; lo que produce

atelectasia y en ultimo termino edema pulmonar; el agua salda induce movimientos de líquido a favor del gradiente osmótico, lo que produce inundación de los alveolos por plasma rico en proteínas y edema pulmonar.

Clasificación.

- **Ahogamiento seco:** Se produce un espasmo de la glotis por laringe espasmo, 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 laringe espasmo, 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 cierran, 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 distraes respiratorio que suele ocurrir, entre 15 minutos y 72 horas después de la inmersión.

Fisiopatología.

El síndrome de ahogamiento se define como el proceso de experimentar paro respiratorio por inmersión en líquido. Afecta principalmente a gente joven, previamente sana. Se desconoce la etiología específica, pero se sabe que está asociado a eventos secundarios como ingestión de alcohol o drogas, traumatismos craneoencefálicos y cualquier alteración del estado neurológico. La fisiopatología depende de la duración de la inmersión, cantidad y características del líquido aspirado, así como de la severidad de la hipoxemia. El tratamiento está basado en el pronto restablecimiento de la ventilación, la corrección de la hipoxemia y el manejo integral del edema pulmonar.

Valoración de enfermería.

El tratamiento inicial del casi-ahogado debe priorizar la resucitación inmediata y el tratamiento del fracaso respiratorio. El manejo de la vía aérea se dificulta por la posible lesión de la columna cervical. Administrar oxígeno a todas las víctimas durante la exploración. Se requiere pulsioximetría continua y monitorización cardíaca.

Lo primero que hay que comprobar es el nivel de la consciencia del paciente, ya sea llamado a la persona, dándole pequeños golpecitos en el hombro o en la cara. Seguidamente comprobar que la vía aérea esté abierta y permeable y que no exista riesgo de obstrucción. Más adelante veremos las maniobras más básicas para mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Valoremos la existencia del pulso cardíaco y de hemorragias; Para la valoración del pulso cardíaco, las arterias más fáciles de detectar suelen ser en la carótida o en la radial. Se realiza utilizando las yemas de los dedos índice y corazón y presionar firmemente sobre las arterias hasta sentirle el pulso. Una vez que se siente el pulso con la ayuda de un reloj, empezar a contar durante 60 segundos. El resultado será el número de pulsaciones por minuto. También se puede realizar contando las pulsaciones durante 15 segundos y después se multiplicará por cuatro.

Cuidados de enfermería.

- **Que hace en caso de ahogamiento:** Cuando un adulto se está ahogando 1.-Pregunte si la persona se está ahogando. Si la persona está tosiendo fuertemente y puede respirar, no interfiera, espere y haga que la persona siga tosiendo. Si la persona no puede responder, llame al servicio médico de emergencia. Vaya al paso 2.-Posicione sus manos. Forme un puño. Rodee a la persona por la espalda y coloque el dedo pulgar hacia el medio del abdomen de la persona (arriba del ombligo y debajo de la punta del tórax). Apriete el puño con la mano. 3. De algunas compresiones abdominales. Presione el puño con rápidas compresiones en el abdomen (5 veces).
- 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 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.

4.4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.

Entra en conflicto como un variable síntoma y síndrome clínico que sucede al introducirse un toxico en el organismo ya sea de forma intencionada o accidental.

Clasificación.

- En función de naturaleza.
- En función de vía de entrada.
- Intoxicaciones accidentales.
- Intoxicaciones por medicamentos.
- intoxicaciones profesionales.
- Intoxicaciones domésticas.
- Intoxicaciones por plantas.
- Intoxicaciones alimentarias.
- Intoxicaciones en modo voluntarias o suicidas.
- Por picaduras y mordeduras de animales.

Valoración de enfermería.

- 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.

Cuidados de enfermería.

- Interrogar al paciente y a familiar/acompañantes: antecedentes psiquiátricos, hábitos tóxicos. Intentar identificar tóxico y dosis ingerida.
- Determinar tiempo transcurrido desde la intoxicación.
- Valorar vía de entrada.
- 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.

5. ATENCION A PACIENTES CON OXIGENACION TISULAR:

5.1. ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA.

Es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al musculo cardiaco(miocardio).

Clasificación.

- Infarto agudo de miocardio.
- Angina de pecho estable.
- Angina de pecho inestable.

Fisiopatología.

Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades.

Valoración de enfermería.

Las prioridades de enfermería deben orientarse a: valorar a los pacientes, controlar el dolor, conseguir el equilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, prevenir las complicaciones y educar a los pacientes y Asus familiares.

Cuidados de enfermería.

- Vigilar signos y síntomas de insuficiencia cardiaca; disnea, astenia, hipotensión, ingurgitación yugular y control de líquidos.
- Vigilar y registrar el perfil hemodinámico.
- Vigilar es estado hídrico.
- Monitorización cardiaca continua, ya que presentan con mayor frecuencia arritmias ventriculares.
- Canalizar una vena, de referencia colocar un catéter central con estrictas medidas de asepsia y antisepsia.
- Administración de fármacos ansiolíticos.
- Procurar reposo.

5.2. ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES ANTE EL SHOCK.

El estado de shock(choque), ha causado motivo de incertidumbre, investigación, discusión y cambios continuos en l terminología y fisiopatología. se produce por un inadecuado aporte en el volumen de líquidos en el espacio intravascular, que de esta forma es la más común del shock.

Clasificación.

- Shock hemorrágico.
- Shock hipovolémico no hemorrágico.
- Shock cardiogénico.
- Shock obstructivo extra cardíaco.
- Shock séptico.
- Shock anafiláctico.
- Shock neurogénico.
- Shock compensado.
- Shock descompensado.
- Shock irreversible.
- Shock séptico.

Fisiopatología.

Todos los tipos de shock pueden producir alteración de percusión tisular y desarrollar insuficiencia circular aguda o síndrome de shock. Es un síndrome clínico asociado a múltiples procesos dominador común, es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona una falta de oxígeno en diferentes órganos y sistemas.

Valoración de enfermería.

- Realizar siempre una Rx de Tórax.
- En función del foco de sospecha, solicitar resto de estudios de imagen.
- Es importante identificar el foco de la infección, especialmente si puede tratarse de un foco potencialmente drenable.

Cuidados en enfermería.

Las medidas preventivas incluyen identificación de los pacientes de riesgo y la valoración constante del equilibrio hídrico.

- Minimizar la pérdida de líquidos; limitando el número de muestra de sangre, controlar las pérdidas de vías venosas y aplicar presión directa sobre las zonas de hemorragia.
- Monitorear al paciente; con la finalidad de tener todos los parámetros hemodinámicos disponibles para detectar la aparición de manifestaciones clínicas.

5.3. ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES HIPERTENSIVOS.

Es un aumento grave de la presión arterial que puede provocar un accidente cerebrovascular; se dice que la presión arterial es extremadamente alta- una presión máxima es (presión sistólica) de 180 milímetros de mercurio. Al igual que una presión diastólica de 120 mmhg o más puede dañar los vasos sanguíneos; los vasos sanguíneos se inflaman y podrían generar pérdidas de líquido o sangre.

Clasificación.

- **Optima:** menor de 120(Pas) y menor de 85(Pad)_ felicitar a la persona.
- **Normal:** menor de 130(Pas) y menor de 85 (Pad)_ controlar cada cinco años.
- **Normal alta:** 130-139 (Pas) y 85-89(Pad)_ controlar cada año.
- **Hipertensión I:** 140-159(Pas) o 90-99(Pad)_ tratamiento.
- **Hipertensión II:** 160-179(Pas) o 100-109(pad)_ tratamiento.
- **Hipertensión III:** 180(Pas) o 110(Pad)_ tratamiento.

Fisiopatología.

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre en contra de las paredes de los vasos sanguíneos(arteriales) como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial.

Valoración de enfermería

La hipertensión suele cursar asintomática cuando se presenta de leve a moderada y los datos reportados por el examen físico pueden ser normales con excepción de cifras elevadas de la presión arterial.

Unas de las molestias más comunes en estos casos pueden ser; cefalea, fatiga vértigo, palpitaciones en la hipertensión grave, cefalea suboccipital pulsátil (puede presentarse al levantarse en la mañana y desaparece al cabo de algunas horas).

Cuidados de enfermería.

- Que respire normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar todas vías corporales.
- Moverlo y mantener en buenas posturas adecuadas.
- Descansar y dormir.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios de la paciente y su deseo de motivación de reducir peso.
- Evitar situaciones estresantes a la hora de dormir.
- Enseñanza de medicamentos prescrito.
- Identificar también si la paciente tiene conocimientos sobre todo riesgo de su enfermedad y sobre todo los riesgos de no tomar su medicación y no llevar una dieta adecuada.

5.4. ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

Es una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro; a compañía de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Se dice que en ocasiones cuando una persona tiene un accidente cerebro vascular o ataque cerebral, sucede que cuando se detiene el flujo sanguíneo a parte del cerebro. al no poder recibir el oxígeno y nutrientes que necesitan; las células cerebrales comienzan a morir en minutos. Esto puede causar un daño severo al cerebro y discapacidad permanente e incluso la muerte.

Clasificación.

- **Isquemia cerebral transitoria:** se produce por la interrupción del flujo sanguíneos.
- **Infarto cerebral:** aparece cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción, que puede ser causada por grasa o sangre; en un vaso sanguíneo.
- **Hemorragia:** se presenta cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

Fisiopatología.

Es un grupo heterogéneo de condiciones patológicas en características común es la disfunción foca del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos. Incluye también las condiciones en las cuales el proceso primario es de naturaleza hemorrágica.

Valoración de enfermería.

- Detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica.
- Poner en práctica de forma segura, las órdenes y protocolos médicos.
- Examinar las reacciones oculares.
- Valorar la disfagia.
- Controlar la temperatura.
- Analizar pruebas de laboratorios.
- Monitorización cardiaca continua.
- Administración de fármacos.

Cuidados de enfermería.

- Dar a conocer los posibles factores de riesgo y maneras de evitarlos o prevenir algunos de ellos.
- Observaciones de movimientos motores involuntarios.
- No fumar y limitar el consumo de alcohol.
- Controlar el estrés.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Tener una dieta saludable.
- Restricción de visitas y de ser posible mantenerlo aislado.
- Administración de medicamentos prescritos.

6. ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABOLICAS:

6.1. ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DESCOMPENSACIONES DIABETICAS.

Es una afección que pone en riesgo la vida y que afecta a personas con diabetes. Ocurre cuando el cuerpo empieza a descomponerla la grasa demasiado rápido. El hígado convierte la grasa en un impulsor llamado cetona que hace que la sangre se vuelve acida. Es un trastorno que se caracteriza hiperglicemia crónica debido a falta de secreción de insulina; falla en su acción o ambas alteraciones.

Clasificación.

Diabetes mellitus tipo I: se define como aquella enfermedad que se produce debido a destrucción de las células beta del páncreas, que lleva a deficiencia de insulina que puede provocar la carencia absoluta de la hormona.

Diabetes mellitus II: es la más frecuente habitualmente, se diagnostica cuando ya se ha producido una serie de trastornos que se podrían tratar si se pesquisarán antes de que se presente la hiperglicemia.

Fisiopatología.

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa(azúcar) de la sangre están altos (a partir de 125 mg/dl); la glucosa proviene de los alimentos que consume. Aunque la diabetes mellitus es un padecimiento que está asociada a estilos de vida poco saludable.

Valoración de enfermería.

- Defectos genéticos de la función de la célula B.
- Enfermedades de páncreas exótico.
- Infecciones.
- Alimentación.
- Examen de los pies.
- Presión arterial.
- Glicemia capilar.
- Pérdida de peso.
- Intervenciones anuales de refuerzo.

Cuidados de enfermería.

- Normalizar la glucosa sanguínea.
- Optimizar el equilibrio hídrico.
- Vigilancia de la diuresis.
- Control de electrolitos.
- Conservación de la higiene oral.
- Mantenimiento de la integridad de la piel.
- Prevención de infecciones.
- Educación al paciente y su familia.

6.2. ATENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA.

Es la pérdida de sangrado por el tubo digestivo. Atendiendo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica; según el volumen de sangre perdida y el tiempo que se ha perdido.

Clasificación.

- **Hemorragia digestiva alta:** el tubo digestivo alto incluye el esófago (el conducto que va desde la boca hasta el estómago); el estómago y la primera parte del intestino delgado.
- **Hemorragia digestiva baja:** el tubo digestivo bajo incluye la mayor parte del intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano.

Fisiopatología.

Síndrome w que consiste fundamentalmente en la expulsión de sangre procedente de una lesión situada en el trato digestivo desde la boca hasta el ano.

Valoración de enfermería.

Se recomienda el empleo de escalas pronósticas tanto antes como después de la endoscopia. Su empleo permite identificar los pacientes que se beneficiarían de una endoscopia urgente, predecir el riesgo de efectos adversos y determinar el tratamiento a seguir.

La revisión endoscópica electiva sistemática no es útil, aunque algunos estudios sugieren que pudiera serlo cuando el riesgo de fracaso del primer tratamiento es alto (tabla 7), como en úlceras de gran tamaño, localizadas en la cara posteroinferior del bulbo, o con importante pérdida hemática inicial.

Cuidados de enfermería.

- La administración de eritromicina (dosis única de 3mg/kg) previa a la realización de la endoscopia (30 a 90 minutos antes de la endoscopia) promueve el vaciamiento gástrico de los restos hemáticos acumulados. Esta medida ha demostrado ser eficaz para mejorar la visibilidad, acortar el tiempo de exploración y reducir la necesidad de cirugía. Pero en cualquier caso esta terapia no debe demorar la realización de una endoscopia urgente.
- Reintroducción de la dieta: Si el paciente presenta un alto riesgo de recidiva tras la endoscopia se debe de mantener en dieta absoluta durante al menos 24-48 horas. Los pacientes con bajo riesgo después de la endoscopia pueden ser alimentados en las primeras 24 horas. En cuanto a la reposición hidroelectrolítica se ajustará a la función renal, la diuresis y la comorbilidad asociada (insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática).

Conclusión.

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva que incluyó a todos los temas comprendidos y narrados que fueron ingresados en el Servicio de Terapia Intensiva en investigación y textual, donde se analizó cada subtema concepto sobre guardado en la realización en un manual que va en resumen a las áreas de apoyo del área de urgencias y desastres; por lo tanto, doy terminada con palabras sensatas que nos apoyara o me apoyara en el área de salud para estudio y repaso; para cualquier situación a una solución de un problema clínico y laboral.

Anexos.

EXPLORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN



Sintiendo o escuchando como sale el aire del tórax o fijándose en el ascenso y descenso del torax.

Si respira valorar la circulación

Si no respira, revisar las vías respiratorias y ver si hay algún objeto que las obstruya.

Si aun así no respira, practicar la respiración boca a boca, o boca-nariz siempre teniendo en cuenta de mantener la boca cerrada para evitar la salida del aire



1 EVALUACIÓN
Si el paciente no responde, grite pidiendo ayuda. INICIE RCP inmediatamente.
- Si hay otra persona, pídale que llame solicitando ayuda.
- Arrodillase al lado de la víctima. Inicie maniobras de RCP. Hágalo por un ciclo completo (30 compresiones y 2 respiraciones) después llame pidiendo ayuda.

2 COMPRESIONES TORÁXICAS
Apoye en el centro del tórax sobre el latón de la mano, incline la cabeza adelante de tal manera que sus hombros queden encima de su brazo y mano. Haga 30 compresiones a una frecuencia de al menos 100 por minuto.
- Debe dejar que el tórax vuelva a su posición entre compresiones, sin despegar la mano del tórax. La profundidad de las compresiones es de 4 a 5 cm.
- Después de 30 compresiones, realice 2 respiraciones cortas. Continúe así durante 5 ciclos o hasta que llegue alguien a relevarlo.

3 HAGA 2 RESPIRACIONES CORTAS DE 1 SEG
- Coloque sus labios sobre la boca del paciente y cierre la nariz de este con los dedos. Mantenga la cabeza extendida y elevado el mentón.
- Asegúrese de que el tórax se expanda cuando usted introduzca aire.
- Si el paciente responde, tóse o se mueve, detenga las maniobras y gírelo hacia un costado, por si vomita. Espere al personal de rescate.



Reanimación con líquidos, según fórmula

- ✓ Primera curación no agresiva
- ✓ Antitética según normas
- ✓ Control de dolor i.v.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DESPUÉS DEL SISMO

- Revisa las condiciones de tu vivienda, si consideras que no es segura, acude a un albergue o con un familiar.
- Busca consuelo y apoyo psicológico por parte de profesionales.
- Mantente hidratado y en la medida de lo posible consume alimentos preparados higiénicamente.
- Si requieres acudir a una zona donde hay derrumbes, usa cubre bocas y de ser posible equipo de seguridad (casco, botas y guantes).
- Utiliza protector solar.
- Evita salir a la calle si menos que sea indispensable.

Ante cualquier síntoma de enfermedad, acude a la unidad de salud, nuestros servicios operan con normalidad.

Evita los rumores, llama al 911 en caso de emergencia.

Mantente informado, consulta únicamente fuentes oficiales.

Si vas a donar alimentos o medicamentos, verifica que no estén caducados.

Lávate las manos cada vez que sea posible o bien, utiliza alcohol en gel.

911

En todo momento, sigue las instrucciones de protección civil.

Salud Secretaría de Protección de la Salud México

Bibliografía.

<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/30.pdf>

blasco alonso j, moreno pérez d. ahogamientos y casi ahogamientos en niños. anales de pediatria 2005; 62: 20-4. madrid. ed. elsevier. 2. dueker cw. immersion in fresh water and survival. chest, dec 2004; 126(6): 2027-8. 3

□ alan pearson, practica clínica basada en la evidencia en enfermería mc graw hill (2008).