



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS TABASCO

ENFERMERIA EN URGENCIA Y DESASTRE

7MO CUATRIMESTRE

GRUPO: Q

LIC. ENFERMERIA

DOCENTE: LIC. JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ MENDEZ

ALUMNO: CARLOS EDUARDO MAGAÑA OSORIO

1. CONCEPTO DE URGENCIA Y EMERGENCIA.
2. CLASIFICACION DE LA URGENCIA O EMERGENCIA (TRIAGE).
3. CONCEPTO CATASTROFE Y DESASTRE NATURAL.
4. ATENCION DE ENFERMERIA ANTE LA EMERGENCIA TRAUMATICA Y DESEQUILIBRIO EN EL MEDIO AMBIENTE.
 - 4.1 ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAUMATICO.
 - 4.2 ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUEMADOS.
 - 4.3 ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN AHOGAMIENTO.
 - 4.4 ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS.
- 5.1 ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA
- 5.2 ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES ANTE EL SHOCK
- 5.3 ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES HIPERTENSIVOS
- 6.1 ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DESCOMPENSACION DIABETICA
- 6.2 ATENCION DE ENFERMERIA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

VILLAHERMOSA TABASCO, 8 DE OCTUBRE DEL 2020

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS TABASCO

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRE

“MANUAL DE URGENCIAS DE ENFERMERIA”

INDICE

OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
INTRODUCCION.....	6
CONCEPTO DE URGENCIA Y EMERGENCIA.....	7
CLASIFICACION DE LA URGENCIA O EMERGENCIA (TRIAGE).....	7
CONCEPTO CATASTROFE Y DESASTRE NATURAL.....	8
ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE POLITRAUMATICO.....	9
ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUEMADOS.....	12
ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN AHOGAMIENTO.	16
ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS.....	18
ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA.....	21
ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES ANTE SHOCK.....	24
ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES HIPERTENSIVOS.....	25
ATENCION DE ENFERMERIA CON DESCOMPENSACION DIABETICA.....	29
ATENCION DE ENFERMERIA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.....	31
CONCLUSION.....	34
ANEXO.....	35

OBJETIVO GENERAL

Implementar el uso de las terminologías médicas, así como también el uso adecuado de los protocolos de seguridad y de los cuidados paliativos que se requieran durante la atención personalizada, valorándolos a través de las clasificaciones de triage y de la escala de coma de Glasgow tomando en cuenta los conceptos bien definidos de urgencia y emergencia, para así poder clasificar los cuidados del paciente y determinarlas según sea su clasificación de urgencia que el paciente necesita.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer de manera general los protocolos de seguridad que existen en el área de urgencias y los factores que en ellas intervienen.
- Aplicar las técnicas adecuadas durante la intervención de salvamiento del paciente.
- Valorar al paciente consciente e inconsciente para determinar los cuidados de intervención de enfermería.

INTRODUCCION

Analizaremos acerca de las diferentes formas en la encontraremos la vida de nuestros pacientes comprometido a la vida y a la muerte que determinan los diferentes factores de las diversas situaciones en la que se encuentran, sea por un accidente automovilístico, ahogamiento, quemaduras o por desastre natural. En la que podremos intervenir antes dichos sucesos y poner en prácticas las herramientas fundamentales de atención y cuidados de enfermería, así como también los diferentes conceptos de urgencias y emergencias.

En ellas aplicaremos nuevos conocimientos y prácticas de los protocolos de seguridad y de los cuidados personalizados que enfermería aplicara en cualquier situación de urgencia, sea como voluntariado o como parte del personal de salud en la que interfiere al rescate y de la atención del paciente poniendo en marcha dichos conocimientos para una mejora en la recuperación del paciente.

De igual forma aplicaremos los métodos de valoración en la escala de Glasgow y las clasificaciones de triage en la que determinan la atención necesaria que el paciente necesita, clasificándolas en moderada, leve o grave dependiendo la situación que se encuentre nuestro paciente se determinara dicha valoración y de ella dependerá la atención requerida teniendo como finalidad el atender primero a la persona que realmente este ante una situación grave, que posteriormente será la que se le brindara las atenciones necesarias manteniéndolas en las diferentes escalas.

CONCEPTO DE URGENCIA Y EMERGENCIA

URGENCIA

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

EMERGENCIA

Es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

TRIAGE

Se define el triage como el sistema de clasificación de pacientes, que dependiendo del grado de urgencia que estos presentan, se establece un tipo de atención.

CLASIFICACION DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA (TRIAGE)

Un primer triage o triage básico que debe ser breve, a través del cual se aplican maniobras salvadoras (apertura de vía aérea, hemostasia en hemorragias severas y reanimación cardiopulmonar para el caso de parada presenciada) y estabilizadoras, que permite determinar el grado de urgencia, basándose principalmente en parámetros fisiológicos, distribuyendo a las víctimas por las diferentes áreas de atención.

Un 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. Por último, el tercer triage o triage hospitalario que se realiza en los centros hospitalarios, donde se reevalúan y clasifica a las víctimas.

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. 16 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 tetrapolar: clasificación más utilizada en el primer triage o básico y en el triage avanzado, utilizando los colores para diferenciar a los heridos en función de su gravedad:

♣ Negro → Exitus

♣ Rojo → Gravedad extrema

♣ Amarillo → Gravedad-Urgencia relativa

♣ Verde → Urgencia leve o Triage pentapolar: utilizado en el ámbito hospitalario, diferencia en cinco colores según la gravedad de los pacientes.

CONCEPTO DE CATASTROFE Y DESASTRE NATURAL

CATASTROFE

Suceso desdichado en el que se produce gran destrucción y muchas desgracias con grave alteración del desarrollo normal de las cosas.

DESASTRE NATURAL

Hace referencia a las enormes pérdidas materiales y vidas humanas ocasionadas por eventos o fenómenos naturales, como terremotos, inundaciones, tsunamis, deslizamientos de tierra,

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

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

CLASIFICACION

- **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.

Pero sobre todo es vital identificar el siguiente tipo de politraumatismo:

- **Politraumatismo severo o grave:** Pacientes con alguna de las siguientes condiciones;
 - Muerte de cualquier ocupante del vehículo
 - Eyección de paciente de vehículo cerrado
 - Caída mayor a dos veces la altura del paciente
 - Impacto a gran velocidad > 50 Km./h
 - Compromiso hemodinámico: presión sistólica < 90 mmHg
 - Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30
 - Trastorno de conciencia, Glasgow
 - Fracturas de dos o más huesos largos
 - Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle
 - Si la extracción desde el vehículo dura más de 20 min. o ha sido dificultosa.
 - O que presenten alguna de las siguientes características como agravante:
 - Edad > 60 años
 - Embarazo
 - Patología grave preexistente

FISIOPATOLOGIA

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

El traumatismo supone el “primer golpe” para el organismo, el cual produce una lesión tisular inicial inespecífica que produce daño endotelial (con adherencia de leucocitos

polimorfonucleares a los vasos sanguíneos, liberación de radicales libres y proteasas, aumento de la permeabilidad vascular y edema intersticial) activación el complemento y de la cascada de coagulación, liberación de DNA, RNA, células y sus fragmentos, y diferentes moléculas que forman en conjunto lo que se llama el “molde molecular de peligro”.

Se liberan interleuquinas proinflamatorias como respuesta del sistema inmunológico frente al daño tisular, que junto con los mediadores y muerte celular (DAMP, apoptosis, citoquinas, necrosis) producidos directamente del daño tisular, dan lugar a una disfunción de la mayoría de órganos y sistemas (pulmón, SNC, musculo-esquelético, homeostasis...), formando en su conjunto el Síndrome de Respuesta Sistémica Inflamatoria (SIRS), que se evidencia clínicamente como hipoxia, stress, hipotensión, Insuficiencia Renal, propensión a la infección, y que puede evolucionar, si no se corrige correctamente, hacia un Fallo Multiorgánico, de elevada mortalidad.

De entre las interleuquinas proinflamatorias, la IL-6 es la más específica para los politraumatizados y permanece elevada durante más de 5 días. La acción de la IL-6 es fundamentalmente activar a los leucocitos. El TNF (otro mediador inflamatorio) aumenta la permeabilidad capilar y favorece la migración tisular de neutrófilos.

VALORACION DE ENFERMERIA

A. Vía aérea con control cervical

-Tracción de mandíbula

-Retirar cuerpo extraño

-Nunca hiperflexión o hiperextensión del cuello

Aseguraremos la permeabilidad de la vía aérea, controlando la columna cervical. Se comprobará el nivel de conciencia, preguntando al paciente ¿qué le pasa? 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.

Se colocará una cánula orofaríngea.

Todas estas maniobras se realizarán con estricto control de columna cervical. Siempre se pondrá collarín si dejamos de realizar la tracción cervical.

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 aplicará drenaje con tubo

torácico como tratamiento. Se realiza en línea axilar media, en el 4^o-5^o espacio intercostal.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Medidas de reanimación.
- Taponamiento compresivo de hemorragias.
- Vigilancia del nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, pulsioximetría, alteraciones motoras/sensoriales, diuresis y otros signos.
- Control de temperatura.
- Inmovilización de columna cervical o columna completa.
- Oxigenoterapia.
- Tratamiento postural.
- Aspiración cavidad bucal.
- Aspiración broncopulmonar.

- Inmovilización de fracturas.
- Drenajes torácicos.
- Intubación orotraqueal.
- Hiperventilación.
- Vía venosa y sueroterapia.
- Extracción de muestras sanguíneas.
- Administración de medicación pautada (analgesia, antibioterapia, etc).
- Curas locales de heridas.
- Colocación de sonda vesical y nasogástrica.
- Aseo de pacientes.
- Apoyo emocional.
- Educación sanitaria.
- Registro de aportes y pérdidas (balance).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUEMADOS

DEFINICION

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.

CLASIFICACION

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.

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.

PROFUNDIDAD

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

Es característica la formación de flíctenas. Al desbridarlas se observa un fondo eritematoso. Son muy dolorosas. Se observan folículos pilosos y glándulas sebáceas. Son exudativas e hiperémicas. Se curan a los 8-10 días.

AGENTE CAUSAL

El agente causal más frecuente de las quemaduras es el fuego.

- Las quemaduras de FLASH: son producidas por una breve e intensa exposición a la fuente de calor, que suele ser provocada por ignición o explosión de gases. Suelen ser de segundo grado y asociarse a lesiones por inhalación de humos.

- CONTACTO: suelen ser bien circunscritas, de poca extensión, pero profundas.

- QUÍMICAS: Desde que aparece la lesión el daño puede continuar horas, hasta que dicho agente no sea anulado. Las lesiones suelen ser profundas, pero con bordes bien definidos.

- ELÉCTRICAS: Son en general, de poca extensión, pero profundas. Dependerán de la intensidad de la corriente y de la resistencia del propio individuo. La descarga eléctrica podrá haberse alejado del punto de entrada conducida por nervios, vasos y tejidos musculares. Se pueden observar amplias superficies musculares necróticas bajo una piel aparentemente no afectada.

- ESCALDADURA: son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición.

GRAVEDAD

Está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente. Se han relacionado más directamente con la mortalidad del paciente: la extensión de la superficie quemada y la edad.

FISIOPATOLOGIA

El calor de las quemaduras provoca la desnaturalización de las proteínas y, por ende, la necrosis coagulativa. Alrededor del tejido coagulado se agregan las plaquetas, se contraen los vasos y el tejido mal perfundido (que se conocen como zona de estasis) pueden necrosarse alrededor de la lesión. El tejido que rodea la zona de estasis está hiperémico e inflamado.

El daño de la barrera epidérmica normal permite

- Invasión bacteriana
- Pérdida externa de líquido
- Alteración de la termorregulación

Los tejidos dañados a menudo se edematizan, lo que aumenta todavía más la pérdida de volumen. La pérdida de calor puede ser significativa porque existe una alteración de la termorregulación de la dermis dañada, en particular en las heridas expuestas.

VALORACION DE ENFERMERIA

Profundidad: es el grosor de piel afectada y según esto se clasifican en tres grados de profundidad.

*Primer grado: son las que afectan a la epidermis. Suelen aparecer con enrojecimiento, sin flictenas y con un ligero edema local.

*Segundo grado: pueden ser o dérmicas superficiales o dérmicas profundas. Las primeras afectan a la epidermis y un tercio de la dermis, mientras que las segundas afectan a toda

la epidermis y dermis. En las superficiales se produce extravasación de líquido que ocasionará flictenas y habrá tanto enrojecimiento como exudado.

Son muy dolorosas. En las profundas, las flictenas serán exudativas y blanquecinas, y a veces requieren de tratamiento quirúrgico. Son poco dolorosas, ya que se destruyen terminaciones nerviosas. Éstas últimas pueden ocasionar daños estéticos y funcionales.

*Tercer grado: todas las capas de la piel se ven afectadas y se presentan en forma de escara. Pueden incluso verse afectados músculos, vasos y nervios. Todas las terminaciones nerviosas están destruidas, por lo que no son dolorosas. Precisan de tratamiento quirúrgico.

Extensión: es la superficie corporal total quemada (SCTQ). Por la gran pérdida de líquido que conlleva, el riesgo de muerte es directamente proporcional a la superficie corporal quemada. La regla de los 9 o de Wallace es la más usada para cuantificarla (ver imagen nº2: regla de los 9 o de Wallace).

Localización: las más graves son las de la cara, manos, pies, genitales y orificio nasal. Quedarán secuelas estéticas y/o funcionales según la zona anatómica afectada.

Los criterios para definir al paciente gran quemado son los siguientes:

- Superficie corporal quemada (SCQ) superior al 25% en adultos o al 20% en edades extremas.
- Quemaduras que afectan a cara y/o cuello.
- Quemaduras profundas superiores al 10%.
- Quemaduras por inhalación.
- Traumatismo asociado.
- Quemaduras en pacientes con enfermedades de base graves (ASA II o mayor: clasificación de riesgo quirúrgico según la Sociedad Americana de Anestesia).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- 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.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN AHOGAMIENTO

Ahogamiento: Es la muerte inmediata o en las 24 horas siguientes tras la inmersión en medio líquido, por lo general el agua.

CLASIFICACION

El sistema de clasificación del ahogamiento propuesto por Szpilman toma en consideración el grado de insuficiencia respiratoria basado en la evaluación inicial en el sitio del accidente y es una adaptación del sistema de clasificación de Menezes Costa. Este sistema de clasificación es una guía importante en los procedimientos del personal pre hospitalario, dado que tiene en cuenta los hallazgos clínicos en el período inicial del accidente:

Grado 1: Auscultación pulmonar normal con tos.

Grado 2: Crépitos en cualquier parte de los campos pulmonares.

Grado 3: Crépitos generalizados, sin hipotensión arterial (PA sistólica >90mmHg).

Grado 4: Crépitos generalizados, con hipotensión arterial (PA sistólica <90mmHg).

Grado 5: Paro respiratorio aislado.

Grado 6: Paro cardiorrespiratorio.

FISIOPATOLOGIA

El ahogamiento, definido como sofocación, ocurre sin aspiración en el 10% de los casos, al producirse un laringo espasmo. Y con aspiración de líquido, en el 90% restante.

Sea cual sea el evento inicial, en todas las víctimas se producirá 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.

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

Históricamente se creía que la fisiopatología del ahogamiento se debía al trastorno hidroelectrolítico inducido por la aspiración de líquido. Sin embargo, los datos actuales indican claramente que la principal anomalía fisiopatológica es la hipoxemia por sí sola y que los trastornos electrolíticos son secundarios.

En la mayoría de los supervivientes no se produce la aspiración de cantidades significativas de líquidos para producir hemodilución o alteraciones electrolíticas.

Se considera que al menos el 85% de los supervivientes de ahogamiento aspiran menos de 20 ml de agua/kg de peso corporal, que sería la cantidad a partir de la cual, aparecerían graves alteraciones electrolíticas. La mayoría de personas que aspiran una cantidad suficiente como para producir anomalías marcadas de los electrolitos no suelen sobrevivir al accidente de inmersión.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- El rescatador debe tener la capacidad física suficiente, para realizar el rescate sin poner en peligro su propia vida.
- Lo más importante es sacar a la víctima del agua. Si está lejos, procure acercarse lo más rápidamente que pueda, llevando algo para agarrarse, como un palo salvavidas o una cuerda unida a un objeto flotante.
- Si las aguas son poco profundas, efectúe alguna respiración boca a boca durante el traslado hasta la orilla.

- Buscar ayuda médica.
- Hay que tratar a la víctima como si existiera una lesión cervical. No se debe girar o doblar el cuello.
- Es importante limpiar la vía aérea antes de proceder a la ventilación boca a boca.
- Si la víctima no respira y no tienen pulso, se debe efectuar la reanimación cardiopulmonar básica hasta que llegue ayuda médica.
- Si la persona comienza a respirar espontáneamente, se le debe colocar en posición lateral de seguridad.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES INTOXICADOS

Una intoxicación puede producir lesiones o la muerte por tragar, inhalar, tocar o inyectar varios medicamentos, productos químicos, venenos o gases. Muchas sustancias, como los medicamentos y el monóxido de carbono, son peligrosas en concentraciones o dosis mayores. Y otras, como los productos de limpieza, son peligrosas únicamente si se ingieren.

CLASIFICACION

Según la rapidez de instauración del cuadro clínico:

Intoxicación Aguda: aparición súbita de un cuadro clínico tras la absorción de una sustancia. Se presenta antes de 24 horas tras la administración del toxico. La vía más frecuente es la digestiva y su pronóstico es grave.

Intoxicación Subaguda: aparición de manifestaciones clínicas en el transcurso de varios días o semanas, no significa que sean de pronóstico menos grave.

Intoxicación Crónica: la acción del tóxico se produce de forma lenta, debido a que la absorción se produce en pequeñas cantidades. La vía más frecuente es la inhalatoria.

Según su etiología:

Intoxicación Accidental: se produce de forma fortuita, sin actuar la voluntad de la persona. Dentro de este grupo se incluyen las ocasionadas por iatrogenia.

Intoxicación Voluntaria: cuando se ingiere un tóxico con fines suicidas por voluntad de la propia persona.

Intoxicaciones Intencionales: son las llevadas a cabo con fines homicidas.

VALORACION DE ENFERMERIA

Cuando nos enfrentamos a un paciente con una sospecha o confirmación de intoxicación:

- Haremos una valoración de la situación del paciente (valoración primaria).
- Recogeremos información que favorezca la disminución de la absorción del tóxico y el tratamiento.
- * A través de preguntas directas al afectado y familiares o testigos.
- * Por la observación de la escena. (búsqueda de recipientes, olores, búsqueda en cubos de basura, papeleras...etc.).
- * Nombre del tóxico y cantidad y concentración
- * Cuándo se produjo el contacto con el tóxico
- *Cuál fue la vía de entrada del tóxico
- * En qué lugar se produjo la intoxicación y si puede haber más afectados + Síntomas del paciente
- * Si la intoxicación es accidental o provocada
- * Causa de la intoxicación
- * Si se ha aplicado alguna medida de descontaminación.

En algunas ocasiones conoceremos todos los detalles de cómo se ha producido la intoxicación, pero en otras ocasiones solo podremos sospechar a través de las circunstancias que el paciente sufre una intoxicación:

- Alteración del nivel de conciencia (agitación, bradipsiquia, coma etc.) sin causa conocida.
- Dificultad para respirar sin causa conocida.
- Personas jóvenes y niños con dolor torácico e incluso parada cardiaca.
- Signos de pinchazos (pacientes drogadictos).
- Signos de autoagresiones (cortes en antebrazos, antiguos o actuales).
- Coloración de la piel alterada.
- Presencia de ampollas en la piel.
- Sudoración intensa.
- Al explorar la boca, aparecen lesiones y olores característicos (a betún, productos de limpieza, insecticidas, almendras amargas, lejía, feto etílico).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Administración de oxigenoterapia según indicación médica.
- Colocar al paciente de forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios.
- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases de la sangre arterial, SaO₂ y CO₂.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.

- Considerar intubación endotraqueal en pacientes con compromiso de conciencia por el riesgo de aspiración.
- Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes de la alteración de conciencia.
- Valorar el estado neurológico.
- Proporcionar una seguridad optimista, pero al mismo tiempo que sea realista.
- Permitir que el paciente mantenga rituales que limiten la ansiedad.
- Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.
- Fomentar las visitas de seres queridos, si procede.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo del corazón se obstruyen, de manera parcial o completa, por lo que no le llega el flujo sanguíneo.

CLASIFICACIÓN

1. Clasificación de la enfermedad coronaria:

1) síndromes coronarios estables (enfermedad coronaria crónica):

a) angina de pecho estable

b) angina micro vascular

c) angina relacionada con puentes miocárdicos sobre las arterias coronarias

d) angina vaso espástica (angina de Prinzmetal)

2) síndromes coronarios agudos (SCA).

2. Clasificación de los SCA según el ECG basal

1) SCA sin elevación del segmento ST

2) SCA con elevación del segmento ST.

3. Clasificación de los SCA según el cuadro clínico, marcadores bioquímicos de necrosis miocárdica y ECG

1) angina de pecho inestable.

2) infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

3) infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

4) infarto agudo de miocardio indeterminado; los cambios en el ECG no permiten diagnosticar de manera clara la elevación del segmento ST, como en el bloqueo de la rama izquierda del haz de His (nuevo o preexistente), ritmo de marcapasos, o diagnóstico basado en criterios clínicos y bioquímicos, pero el ECG se realizó 24 h del inicio de los síntomas.

5) muerte cardíaca súbita (MCS).

4. Clasificación del infarto de miocardio según la evolución de la imagen ECG

1) infarto de miocardio sin onda Q

2) infarto de miocardio con onda Q.

5. Clasificación clínica del infarto agudo de miocardio

1) **tipo 1**: infarto de miocardio espontáneo, a consecuencia de isquemia relacionada con una lesión coronaria primaria por erosión, ruptura o disección de placa aterosclerótica;

cumple los criterios del SCA y a él se refieren las recomendaciones sobre el manejo en el SCA

2) **tipo 2**: infarto de miocardio secundario a isquemia por aumento de la demanda de oxígeno o por suministro reducido (causas más frecuentes: arritmia, hipertensión arterial, hipotensión, anemia, espasmo coronario); suele tratarse de IAMSEST; en comparación con el infarto tipo 1, este ocurre más frecuentemente en personas mayores, con comorbilidades, se asocia a un riesgo mayor de complicaciones (valoradas con escalas de riesgo) y tiene un peor pronóstico a corto y a largo plazo; el manejo en el infarto tipo 2 se basa, sobre todo, en la eliminación o reducción del efecto de los factores que provocan el desequilibrio entre la demanda y aporte de oxígeno al miocardio

3) **tipo 3**: MCS (la muerte ocurre antes de que se puedan obtener las muestras de sangre o antes de que los biomarcadores cardíacos se liberen a la sangre)

4) **tipo 4a**: infarto relacionado con la ICP; **tipo 4b**: infarto provocado por trombosis de *stent*; **tipo 4c**: infarto relacionado con reestenosis

5) **tipo 5**: infarto relacionado con derivación coronaria.

FISIOPATOLOGIA

La arterioesclerosis es la principal causa de estrechamiento de las arterias coronarias, afectándolas en su tamaño medio que perfunden el corazón, existen cambios en el recubrimiento íntimo de las arterias, inicia como un proceso de engrosamiento producido por los depósitos grasos. Esto avanza hasta alcanzar una forma más severa que implica la combinación de grandes cantidades de lípidos con colágeno para producir fibroblastos que finalmente conducen a las placas ateroscleróticas fibrosas. Las obstrucciones que exceden el 75% de la luz, de una o más de las tres arterias coronarias, aumentan el riesgo de muerte. En un vaso obstruido la mortalidad es del 1 al 3% y aumenta hasta el 10 al 15% cuando están obstruidos tres vasos; en personas con el 75% de obstrucción de la arteria principal izquierda, la mortalidad está entre el 30 y 40%.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. Atender la esfera Psicológica padres y pacientes
2. Fisioterapia Respiratoria manteniendo el paciente en posición semi sentada, ejercitando las extremidades.
3. Realizar examen físico evaluando periódicamente la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad.
4. Mantener las vías aéreas permeables.
5. Monitorear y observar estrictamente los signos vitales (como frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial).
6. Valorar cambios respiratorios que son signos de mal pronóstico.
7. Registrar balance hidromineral estricto, pesando al paciente diariamente y restringir los líquidos.
8. Evitar la sedación excesiva, para detectar fluctuaciones de la conciencia y trastornos respiratorios.
9. Ofrecer alimentos con buena presencia, rico en calorías e hiposódica.
10. Realizar aseo de cavidades, mantener la piel seca y limpia para evitar úlceras por presión.
11. Cumplimiento estricto de la terapéutica medicamentosa.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES ANTE EL SHOCK

Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente.

CLASIFICACIÓN

Entre los principales tipos de *shock* están:

- Shock cardiogénico (debido a problemas cardíacos)
- Shock hipovolémico (causado por muy poco volumen de sangre)
- Shock anafiláctico (causado por una reacción alérgica)

- Shock séptico (debido a infecciones)
- *Shock* neurógeno (ocasionado por daño al sistema nervioso).

FISIOPATOLOGIA

El shock es una situación dinámica, y por tanto sus manifestaciones clínicas variarán en función del grado de respuesta neuroendocrina a la hipoperfusión, así como del fracaso de la función orgánica inducida por la disfunción celular. Queda claro que, a pesar de dividirse en varios tipos en función de su etiología, el denominador común a cualquier tipo de shock es el aporte inadecuado de oxígeno para satisfacer las demandas de los tejidos. Esta situación de hipoxia tisular produce cambios metabólicos y estructurales que, aunque al principio son reversibles, a medida que la magnitud y la duración del shock alcanzan un nivel crítico, se vuelven irreversibles (con fatal desenlace para el enfermo).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. Minimizar la pérdida de líquidos: Limitando el número de muestras de sangre, controlar las pérdidas de las vías venosas y aplicar presión directa sobre las zonas de hemorragia.
2. Contribuir a la sustitución de volumen: Colocar catéteres intravenosos periféricos cortos y de gran diámetro calibre 14 o 16, rápida administración de líquidos prescritos.
3. Monitorizar al paciente: Con la finalidad de tener todos los parámetros hemodinámicos disponibles para detectar la aparición de manifestaciones clínicas de sobrecarga hídrica, previniendo así otros problemas asociados.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES HIPERTENSIVOS

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo.

CLASIFICACIÓN

Clasificación de la presión arterial (en mm Hg) en adultos:

- Óptima: menor de 120 (PAs) y menor de 80 (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.

FISIOPATOLOGIA

La hipertensión arterial (HTA) se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial (DE), con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico, factor hiperpolarizante del endotelio y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la prostaciclina-PGI₂ vaso depresora y el aumento relativo del tromboxano-TXA₂ intracelular vasoconstrictor.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Molestias generales:

Cefalea, fatiga, vértigo, palpitaciones; en la hipertensión grave, cefalea suboccipital pulsátil (puede presentarse al levantarse por la mañana y desaparece al cabo de algunas horas); epistaxis.

Presión arterial

Debe registrarse en ambos brazos; sentado, de pie y en decúbito supino; determinada al menos en dos ocasiones; arriba de 160/90 o más.

Pulso

Taquicardia, retrasos femorales al ser comparada con el pulso braquial o femoral.

Región precordial

Impulso apical desplazado pero intenso, tirón ventricular (elevación apical)

Ruidos cardiacos

Soplos sobre las áreas carótida y femoral; S₂ acentuado en la base; murmullo sistólico apical; S₄ audible; murmullo silbante diastólico temprano en los bordes esternales y espacios intercostales derecho e izquierdo.

Fondo del ojo

Pueden observarse cambios en la retina:

Grado I estrechamiento arterial o irregularidades mínimas;

Grado II estrechamiento arteriolar e irregularidades en la retina marcados con tortuosidad focal o espasmo;

Grado III estrechamiento arteriolar e irregularidades en la retina, marcados con tortuosidad generalizada, hemorragias en forma de llama y exudados en forma de algodón en rama;

Grado IV igual que el grado III más presencia de papiledema.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Realizar una evaluación inicial, previa toma de cifras tensionales, la cual incluye:

- Reposo de 5 minutos.
- Vaciar vejiga en caso necesario.
- Reposo de al menos 30 min, si la persona ha realizado ejercicio intenso, ha estado bajo estrés, ha consumido alcohol o si ha fumado.

2. Realizar la medición de la presión arterial en un lugar tranquilo en donde el paciente permanezca sentado cómodamente y relajado, inmóvil con el brazo apoyado sobre una mesa u otro tipo de apoyo y con la palma de la mano hacia arriba.

3. Considerar las condiciones bajo las cuales se realiza la medición de la presión arterial y que pueden afectar en gran medida los valores tales como:

- El brazalete debe ser colocado alrededor del brazo con su manguito centrado en la parte anterior del brazo.
- La cámara neumática del manguito debe cubrir las 2/3 del perímetro braquial.

- El borde inferior del manguito debe estar aproximadamente 2/3 cm por encima del pliegue del codo.

4. Emplear el brazalete de acuerdo a las características físicas de los pacientes adultos, cuando se cuente con ellos, bajo las siguientes especificaciones:

- Para brazos normales brazaletes de 12 cm (anchura) x 23-24 cm (longitud).
- Para personas obesas brazaletes de 15 x 31 cm o 15 x 39 cm.
- Para personas muy obesas o para tomar la presión arterial en las piernas brazaletes de 18 x 36 a 50 cm.

5. Antes de realizar la medición de la presión arterial es importante:

- Retirar prendas que cubran el brazo o lo compriman.
- Evitar las extremidades que tengan instalados accesos venosos y/o fistulas arteriovenosas.

6. Cuando se mida la presión arterial se tomarán las siguientes precauciones:

- Tomar como mínimo dos mediciones de presión arterial, con el paciente sentado, dejando 1-2 min entre las mediciones; si los valores son muy diferentes, se toman mediciones adicionales.
- Colocar el puño al nivel del corazón sea cual sea la posición del paciente. Intervenciones de Enfermería para la Atención Integral del Adulto con Hipertensión Arterial
- Si se emplea el método auscultatorio, utilizar los ruidos de Korotkoff de fase I y V (desaparición) para identificar la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente.

7. Revisar el esfigmomanómetro de manera continua para verificar la funcionalidad del brazalete, manguito, tubos y válvulas, así como calibrarlo mínimo 2 veces al año, ya que los esfigmomanómetros semiautomáticos, auscultatorios u oscilométricos deben estar validados según protocolos estandarizados, y los servicios técnicos deben calibrarlos y revisar su precisión periódicamente.

8. El uso del esfigmomanómetro de mercurio, ha sido desaconsejado por normas internacionales de protección ambiental. Actualmente pueden usarse aparatos de tipo

aneroide cuya precisión haya sido validada. No es recomendable el uso de esfigmomanómetro que se aplique en muñeca o dedal, ya que pueden presentar variaciones en la presión arterial.

9. Orientar a los pacientes sobre el registro de la presión arterial ambulatoria en una bitácora diaria y las condiciones físicas de reposo previas a la medición.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DESCOMPENSACION DIABETICA

La cetoacidosis diabética hace referencia a una descompensación de la diabetes mellitus tipo I que, junto con el estado hiperosmolar y el coma hipoglucémico, son las tres principales complicaciones agudas de la diabetes mellitus.

CLASIFICACION

Diabetes Mellitus tipo 1

Usualmente cursa con deficiencia absoluta de insulina. Aumenta el glucagón plasmático y las células pancreáticas fallan en respuesta a todos los estímulos insulinógenos, por lo que se requiere insulina exógena para revertir el estado catabólico, evitar la cetosis, disminuir la hiperglucagonemia y reducir la glucosa sanguínea del paciente.

Diabetes Mellitus tipo 2

La resistencia a la insulina es la anomalía que se identifica más temprano al inicio en la evolución de la diabetes tipo 2, factores adquiridos contribuyen a la resistencia a la insulina. Además, de los factores de riesgo ya señalados, cada vez es más evidente que la hiperglucemia misma produzca resistencia a la insulina, fenómeno conocido como glucotoxicidad. Presentan grados variables de déficit de secreción de insulina (pacientes delgados) y resistencia periférica a la acción de la insulina (obesos). La mayoría de los pacientes que la padecen no requieren de insulina exógena para controlar sus niveles de glucemia o evitar la cetosis, aunque pueden necesitarla para la corrección de la hiperglucemia persistente o sintomática en ayunas, o acompañada del empleo de hipoglucemiantes orales. Esta entidad constituye un grupo heterogéneo sin marcadores genéticos definidos.

Diabetes Mellitus Gestacional

Se diagnostica cuando aparece por primera vez un estado de intolerancia a los carbohidratos durante el embarazo, e incluye los casos en los cuales se usa insulina para el tratamiento o si la condición persiste después del embarazo. En todas las embarazadas se debe descartar la intolerancia a la glucosa, en las primeras 24 semanas. Entre las 24 y 28 semanas se deben someter a pesquiasaje con una carga oral de 50 g de glucosa y medición de la glucemia una hora después (Test de O Sullivan). Valores superiores a 140 mg/dL requieren de una curva de tolerancia glucosada oral.

FISIOPATOLOGIA

La cetosis es el resultado de un incremento notable de los ácidos grasos libres procedentes de los adipocitos, con un desplazamiento hacia la síntesis hepática de los cuerpos cetónicos. Además de su papel en la regulación del metabolismo de la glucosa, la insulina estimula la lipogénesis que permite que los triglicéridos sean incorporados a las células grasas e inhibe la liberación de estos de dichas células y bloquea la lipólisis. El descenso de los valores de insulina, combinado con elevaciones de catecolaminas y hormona del crecimiento, bloquea la lipogénesis y aumenta la lipólisis y la liberación de ácidos grasos libres por acción de las hormonas contrareguladoras. Normalmente, estos ácidos grasos libres son convertidos en triglicéridos y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) en el hígado, pero en la CAD la hiperglucagonemia altera el metabolismo hepático favoreciendo la formación de cuerpos cetónicos, a través de la activación de la enzima palmitoiltransferasa de carnitina I. Esta enzima es crucial para la regulación del transporte de ácidos grasos al interior de las mitocondrias, donde ocurre la oxidación beta y la conversión en cuerpos cetónicos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. Evitar la aspiración vigorosa si el paciente presenta signos y síntomas de deterioro neurológico.
2. Reponer líquidos, empezando por lo general con solución de NaCl al 0,9% o al 0,45% según prescripción, antes de administrar la insulina.
3. Determinar el balance hídrico, midiendo los líquidos ingeridos y eliminados.

4. Controlar signos vitales para detectar arritmias e hipotensión.
5. Auscultar los pulmones del paciente cada 2 a 4 horas en busca de crepitantes relacionados con la sobrecarga de líquidos.
6. Controlar la concentración de electrolitos en las primeras fases de la CAD. La concentración de K⁺ puede exceder de 5,0 mEq/L debido a la acidosis y deshidratación, y descende a medida que se administra insulina, debido a que el potasio se desplaza hacia el espacio intracelular.
7. Administrar insulina intravenosa o intramuscular, según prescripción, con el objetivo de reducir la glucemia.
8. Realizar controles horarios de glucemia para prevenir la hipoglucemia.
9. Suministrar alimentos por vía oral cuando el paciente esté despierto, presenta ruidos intestinales y la glucemia sea inferior a 250mg/dL.
10. La enfermera debe proporcionar ayuda y fijar un horario para acompañar al enfermo que manifieste sus sentimientos y responder a sus preguntas. Para reducir la ansiedad, se le alienta a realizar los procedimientos para que se auto inyecte y tomar las muestras para determinar su glucemia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

Se refiere a cualquier sangrado que se origine en el tubo digestivo.

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.

FISIOPATOLOGIA

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

La enfermedad ulcerosa péptica, que incluye las úlceras gástrica, duodenal, esofágica y de estomas es la causa más común de hemorragia de tubo digestivo alto.

GASTRITIS Y ESOFAGITIS EROSIVAS

La gastritis, esofagitis y duodenitis erosivas son en conjunto las causantes de casi 13% de todos los casos de hemorragia de tubo digestivo alto. Los factores predisponentes incluyen el consumo de alcohol, salicilatos y NSAID.

VARICES GÁSTRICAS Y ESOFÁGICAS

Las varices esofágicas y gástricas son consecuencia de hipertensión portal; en Estados Unidos, más a menudo son consecuencia de la hepatopatía alcohólica. Las varices explican sólo 7% de los casos de hemorragia de tubo digestivo alto, pero se acompañan de altas tasas de recidiva del sangrado y conllevan tasas de mortalidad cercanas a 16%. Sin embargo, varios pacientes con cirrosis en etapa terminal nunca desarrollan varices, muchos sujetos con varices documentadas nunca presentan hemorragia y muchos pacientes con antecedente documentado de varices que acuden con hemorragia de tubo digestivo alto en realidad pudieran estar sangrando de sitios no relacionados con varices.

SÍNDROME DE MALLORY-WEISS

El síndrome de Mallory-Weiss es la hemorragia de tubo digestivo alto secundaria a un desgarro longitudinal de la mucosa en la región cardioesofágica. El antecedente clásico es vómito repetido seguido de hematemesis roja brillante pero también se han reportado como causa la maniobra de Valsalva extrema como en casos de tos o convulsiones.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Monitoreo de la tensión arterial
2. Monitoreo de la presión venosa central
3. Monitoreo de la frecuencia cardíaca
4. Monitoreo de la temperatura corporal
5. Analítica con gases arteriales, hemograma completo, estudios de coagulación iones y glucemias
6. Pruebas cruzadas para una posible transfusión sanguínea
7. Colocaremos una sonda nasogástrica para poder observar la evolución de la hemorragia y nos permita realizar lavados gástricos si fuera necesario. El lavado gástrico con suero frío se ha demostrado que carece de efecto hemostático alguno
8. Colocaremos una sonda vesical permanente para control de posible shock.

CONCLUSION

Finalizando con este análisis de las diferentes atención que enfermería hace en una intervención de urgencias y desastres , nos da la herramientas fundamentales de conocer los métodos a aplicar antes, durante y después de una intervención del resultado a tratar del paciente, poniéndolos en prácticas en el área hospitalaria el conocimiento y los métodos de aplicación que nos ayudaran a llevarlas a cabo en cualquier momento que se presente la vida comprometida de nuestro paciente, dependiendo las condiciones que sea para poder enfrentarlas con las maneras correctas de un buen análisis y de un método complejo de cuidados paliativos que el paciente o el individuo pueda necesitar antes una situación como esta, así como también la manera correcta de valorar la escena y el entorno en la cual se encuentra la persona comprometida y dar de manera atenta las atenciones necesarias que enfermería hace para poder resguardar un entorno favorable del paciente para un buen resultado.

ANEXO



SISTEMA TRIAGE

CLASIFICACIÓN DE EMERGENCIAS

Nivel 1	REANIMACIÓN. Atención inmediata.
Nivel 2	EMERGENCIA. Hasta 15 minutos de espera.
Nivel 3	URGENCIA. Hasta 30 minutos de espera.
Nivel 4	PRIORITARIO. Hasta 60 minutos de espera.
Nivel 5	NO URGENTE. Hasta 120 minutos de espera.



TABLA DE LA ESCALA DE COMA GLASGOW

 APERTURA DE OJOS	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Abre antes del estímulo	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	No valorable	-
 RESPUESTA VERBAL	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Da correctamente nombre, lugar y fecha	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	Palabras	3
Sólo gemidos, quejidos	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	-
 MEJOR RESPUESTA MOTORA	CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Obedece la orden con ambos lados	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	Extensión	2
No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	Ninguna	1
Parálisis y otro factor limitable	No valorable	-

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



Sistema de selección y clasificación de Usuarios Triage de Urgencias

TRIAGE I EMERGENCIA

Procesos agudos críticos o inestables, impresión extrema de gravedad, coloración azul en piel, frialdad generalizada, palidez grisácea, dificultad para respirar aguda, inconciencia, alteración aguda de los signos, víctima de accidente con múltiples heridas de gravedad, quemaduras en todo el cuerpo, casos de abuso sexual, hemorragia masiva.

Atención inmediata (Riesgo inminente de muerte).

TRIAGE II URGENCIA

Dificultad para respirar, sensación de ahogo, estado convulsivo, sangrado vaginal en embarazadas, hemorragia digestiva estable, falta de circulación en brazos o piernas, dolor torácico con características de infarto, agitación, diabetes descompensada, fractura, trauma grave, hipertensión severa, quemadura importante, paciente psiquiátrico agresivo, ingestión de sustancias tóxicas o envenenamiento.

Atención en 30 minutos (Riesgo de pasar a triage I).

TRIAGE III URGENCIA MENOR

Dolor de cabeza severo, vértigo severo, dolor agudo e intenso en el pecho+ no origen cardiaco, heridas o lesiones superficiales, dolor abdominal intenso o agudo, signos de infección en heridas quirúrgicas, diarrea y vómito persistente, deshidratación (mucosas secas) infecciones localizadas, reacciones alérgicas con brote generalizado, ardor al orinar con fiebre: Fiebre mayor a 38.5° C.

Atención en máximo 2 horas

TRIAGE IV CONSULTA PRIORITARIA

Síntomas gastrointestinales (nauseas, vomito) sin fiebre o deshidratación, fiebre menor a 38.5°, dolor leve a moderado de más de 24 hs de evolución, tos crónica sin dificultad respiratoria, dolor osteomuscular de más de 1 día, traumatismos leves, faringitis o amigdalitis con temperatura menor a 38.5°C, diarrea sin deshidratación.

Atención máximo de 4 horas

TRIAGE V CONSULTA EXTERNA

Síntomas gripales, tos crónica sin dificultad para respirar o signos de infección, estreñimiento, dolor abdominal leve crónico, gastritis crónica, cistitis, dolor pos traumático leve, inapetencia, dermatitis, patologías de más de 1 día de evolución sin compromiso del estado general.

Atención con cita previa en su IPS primaria. (Máximo 24 horas) no prioritario no urgente.



Con la fraternidad en la salud: **Sonson Progreso**