



Nombre de alumnos: José David Hernández Santis

Nombre del profesor: MAHONRRY DE JESÚS RUIZ

**Nombre del trabajo: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A
MÚLTIPLES VICTIMAS**

Materia: ENFERMERÍA URGENCIAS Y DESASTRES

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7mo cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de septiembre de 2021

CONCEPTO

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

METEOROLÓGICOS

- Ciclones y huracanes tropicales.
- Inundaciones.
- Sequía.
- Tormentas locales severas (eléctricas, tornados, trombas marinas, granizos).
- Tormentas de polvo.
- Borrascas.
- Geomorfológicos- Geológicos.
- Terremotos y tsunamis.
- Erupciones volcánicas.
- Avalanchas de nieve.
- Glaciales.
- Hundimientos.
- Contaminación del agua.
- Quema de carbón.
- Erosión costera.
- Ecológicos.
- Malas cosechas.
- Plagas de insectos.
- Declive de arrecifes de coral.

MEDIO AMBIENTE

- Lluvia ácida.
- Atmosféricos.
- Contaminación.
- Efecto invernadero.
- Aumento del nivel del mar.
- Efecto del fenómeno "El Niño".
- Descenso de la capa de ozono

EXTRATERRESTRES

- Impacto asteroide.
- Aurora boreal.

CLASIFICACIÓN DE LOS CICLONES TROPICALES

- Depresión tropical: Vientos < 63 Km/h.
- Tormenta tropical: Vientos de 63 - 117 Km/h.
- Huracán: Vientos \geq 118 Km/h.

ELEMENTOS DE UN CICLÓN

- Los vientos: Alcanzan su máxima velocidad cerca del centro del ciclón donde pueden llegar hasta más de 200 Km.
- Las penetraciones del mar: Puede ser por "marejada de surgencia" (olas por el viento), que es un domo de agua impulsado hacia la costa por los vientos del huracán (pueden alcanzar 7 metros de altura y tener 80-160 Km de ancho) o por la "marea de tormenta"
- Las lluvias intensas: No dependen de la intensidad del ciclón tropical, se incrementan con el movimiento lento o errático del evento y con el contacto con zonas montañosas.

EFFECTOS ADVERSOS TÍPICOS

- Daño físico: Pérdida y daño de estructuras por la fuerza del viento, inundaciones, oleaje de borrasca y deslizamientos de tierra.
- Víctimas: Pueden ser causadas por derrumbes, objetos volantes, inundaciones etc. La contaminación del suministro de agua puede conducir a brotes de enfermedad de transmisión digestiva.
- Suministro de agua: El agua de pozo se puede contaminar por las aguas de la inundación.
- Cultivos y suministro de alimentos: Los vientos fuertes y la lluvia arruinan los cultivos permanentes, plantaciones de árboles y abastecimiento de alimentos.
- Comunicaciones y logística: Es posible que se produzca interrupción seria ya que los vientos derriban las líneas telefónicas, antenas y discos de satélites

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- El lugar más peligroso es la costa, así que si podemos nos mantendremos alejados de ella.
- Si vivimos en una zona propensa a estos fenómenos meteorológicos tendremos preparada una serie de tablas que nos permitan tapiar las ventanas si es necesario.
- Eliminaremos de nuestro jardín, sembrados, ventanas, etc. Todo tipo de objetos que puedan ser arrastrados por el viento: Macetas, herramientas, juguetes, adornos.

TORMENTAS ELÉCTRICAS

Todas las tormentas eléctricas son peligrosas y todas producen rayos. Existen las tormentas eléctricas secas que no producen lluvia pero los rayos sí pueden llegar al suelo y provocar incendios forestales; otros peligros asociados incluyen a los tornados, vientos fuertes, granizo e inundaciones repentinas. Las inundaciones repentinas son la causa de más víctimas mortales.

CARACTERÍSTICAS DE UNA TORMENTAS ELÉCTRICAS

- Pueden ocurrir una por una, en grupos o en líneas.
- Algunas de las más severas ocurren cuando una sola tormenta eléctrica afecta un lugar durante un período prolongado.
- Típicamente, las tormentas eléctricas producen fuertes lluvias durante un período breve que puede variar entre 30 minutos y una hora.

CARACTERÍSTICAS DE LOS RAYOS

- La imposibilidad de predecir dónde caerán los rayos aumenta el riesgo para las personas y bienes materiales.
- Los rayos caen a menudo aun cuando no esté lloviendo fuertemente y pueden ocurrir hasta a 10 Km. De distancia de una precipitación.
- Los "rayos de calor" son en realidad rayos de una tormenta eléctrica que está demasiado lejos para que se oigan los truenos. Sin embargo, la tormenta podría estar avanzando en dirección a usted.
- La mayoría de las muertes y lesiones debidas a rayos ocurren cuando la gente está afuera, en los meses de verano, durante la tarde o noche.
- Se calcula que las probabilidades de que le caiga un rayo son de 1 en 600 000, pero pueden reducirse todavía más si se toman precauciones de seguridad.
- Las víctimas de un rayo no tienen ninguna carga eléctrica y deben recibir atención de inmediato.

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LOS DESASTRES NATURALES.

PRINCIPALES MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Quite los árboles y ramas secas que podrían caerse y causar lesiones o daños durante una tormenta eléctrica severa.
- Recuerde la regla de seguridad 30/30 con respecto a los rayos: Vaya a guarecerse a un lugar interior si después de ver un rayo, no puede contar hasta 30 antes de oír el trueno. Permanezca 30 minutos en el interior de la casa después de haber oído el último trueno.
- Evite las actividades en exteriores.
- Entre en una casa, edificio o automóvil con capota rígida (es decir, que no sea convertible). Aunque puede resultar lesionado si un rayo cae sobre el vehículo, estará mucho más seguro dentro de éste que afuera.
- Recuerde que los zapatos con suela de goma y los neumáticos de goma no proveen ninguna protección contra los rayos, no obstante, el bastidor de acero de un vehículo con capota dura provee mayor protección si usted no está tocando metal.
- Asegure los objetos que se encuentran en exteriores y que podrían causar daños si el viento se los lleva.

INUNDACIONES

Las inundaciones son uno de los peligros más comunes pues pueden aparecer como consecuencia de varios fenómenos, no solamente los meteorológicos. En dependencia del tiempo de establecimiento pueden ser inundaciones fluviales de lento desarrollo, a veces durante un plazo de días con lo cual se tiene tiempo para la aplicación de los planes de prevención y las inundaciones repentinas que se desarrollan a veces en sólo unos minutos, sin señales visibles de lluvia; entre nuestros campesinos es frecuente la frase "cruza rápido el puente que llovió río arriba"

EFFECTOS ADVERSOS TÍPICOS

- Daño físico: Daño o pérdida de estructuras o infraestructura. Pueden ocurrir incendios, fallas de represas, deslizamiento de tierra, inundaciones.
- Víctimas: A menudo un alto número, especialmente cerca del epicentro o en áreas altamente pobladas o donde las construcciones no son resistentes.
- Salud Pública: El problema más difundido son las lesiones por fractura. Amenazas secundarias a causa de inundaciones, suministro de agua contaminada o deterioro de las condiciones sanitarias.
- Suministro de agua: Problemas graves, generalmente a causa del daño a los sistemas hidráulicos, contaminación de pozos abiertos y cambios en el agua potable.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Mantener la vivienda o el edificio en buen estado, de acuerdo con la normativa vigente antisísmica.
- Si vive en un edificio alto, prepararse para fuertes oscilaciones. Si reside en los pisos superiores no se desespere, más bien protéjase en sectores seguros que estén lejos de las ventanas y debajo de las mesas.
- En primer lugar, por si acontece el terremoto, plantearse cómo reaccionarían usted y su familia; revisar detalladamente los posibles riesgos que puedan existir en su hogar, en casa de amigos, en el trabajo,
- Tener a mano colchas y cascos o gorros acolchados, para cubrirse la cabeza. Procurar tener sacos de dormir en caso de que el hogar quede temporalmente inhabitable.
- Guardar los documentos importantes en una caja de seguridad.
- Tener un especial cuidado con la ubicación de productos tóxicos o inflamables, a fin de evitar fugas o derrames.

TSUNAMIS O MAREMOTOS

Los tsunamis son originados por el movimiento de las placas tectónicas que se encuentran sobre la superficie marítima o por la actividad volcánica submarina o cerca de la costa. Es un deslizamiento de tierra en el fondo marino o un desplazamiento de tierra sobre el agua, pero que luego se sumerge en ella, lo que origina olas de gran tamaño. Las olas del tsunami se perciben escasamente en aguas profundas y pueden medir hasta 160 Km

EFFECTOS ADVERSOS TÍPICOS

- Daño físico: La fuerza del agua puede arrasar con todo lo que encuentre a su paso, pero la mayor parte del daño a la estructura e infraestructura es resultado de las inundaciones. El reflujó de la ola de la costa expulsa sedimento, ocasionando el derrumbamiento de puertos y construcciones y golpeando las barcas.
- Víctimas y Salud Pública: Las muertes ocurren principalmente por ahogos y lesiones causadas por golpes de los escombros.
- Suministro de agua: La contaminación causada por el agua salada y escombros o alcantarilla imposibilita el abastecimiento de agua potable limpia.
- Cosechas y suministro de alimentos: Se pueden perder los cultivos, abastecimiento de alimentos, implementos agrícolas y ganaderos y las barcas de pesca. La tierra suele quedar infértil debido a la incursión del agua salada.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Protección de construcciones a lo largo de la costa, viviendas sobre pilotes.
- Construcción de barreras tales como rompeolas.
- Cartografía de la amenaza, planificación de rutas de evacuación.
- Establecimiento de sistemas de aviso temprano.
- Educación de la comunidad.
- Si la vivienda se encuentra en la costa y se siente un terremoto lo suficientemente fuerte para agrietar muros, es posible que en los 20 min. siguientes se produzca un maremoto.
- Tener presente que un maremoto puede penetrar por ríos, aunque estén secos sus lechos y por terrenos bajos, hasta varios kilómetros tierra adentro.
- Tener presente que un maremoto puede tener diez o más olas destructivas en 12 horas

ORGANIZACIÓN GENERAL ANTE LAS CATÁSTROFES Y DESASTRES NATURALES.

VOLCANES

Son originados por el impulso ascendente de magma a través del cráter del volcán, causado por la presión y eferescencia de los gases disueltos. Los volcanes pueden ser de tipo "cono de ceniza", "volcanes de escudo", "volcanes mixtos" y "cúpula de lava". El magma que fluye hacia la superficie es la lava y las partículas sólidas son tefras.

OLA DE CALOR

Las altas temperaturas pueden producir dolencias o dañar la salud de las personas, como es el caso de los ancianos o de quienes padezcan algún trastorno crónico, especialmente de tipo respiratorio o cardiocirculatorio.

PREVENCIÓN

- Es preciso hacer acopio de líquidos (agua, zumos naturales), para poder beber frecuentemente aunque no se tenga sed, con el fin de reponer las pérdidas que se producen por sudoración elevada.
- Realizar las compras de mayor cantidad o peso antes de la llegada de la oleada de calor.
- Disponer de prendas de vestir de algodón, ligeras y de colores claros.
- Disponer de algún equipo de ventilación en casa, como un ventilador o un sistema de aire acondicionado.
- Disponer de cremas solares de protección.
- Tener presente que las olas de calor normalmente contribuyen a la aparición de plagas y epidemias.

FASES DE LOS CICLONES

- FASE INFORMATIVA: Se establecerá cuando se pronostique que en un plazo de 96 a 72 horas el organismo ciclónico puede comenzar a afectar el territorio nacional.
- FASE DE ALERTA: Se establecerá cuando se pronostique que a partir de las próximas 48 horas el organismo ciclónico puede comenzar a afectar el territorio nacional.
- FASE DE ALARMA: Se establecerá cuando se pronostique que a partir de las próximas 24 horas el organismo ciclónico comenzará a afectar el territorio nacional.
- FASE RECUPERATIVA: Estará encaminada al cumplimiento de las acciones de rehabilitación, que comprende la atención a los damnificados y el restablecimiento de los servicios vitales: Eléctrico, de agua, de gas, de salud, de alimentación, de comunicaciones, de transportaciones, así como la higienización de las comunidades y el despeje de vías.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA CICLONES

- Cumplimiento de los requerimientos impuestos en el proceso de compatibilización.
- Estudios de peligro, evaluación de vulnerabilidad y análisis de riesgo.
- Determinación de las características y los cambios cualitativos y cuantitativos operados en el fondo habitacional que inciden en el grado de vulnerabilidad de cada lugar.
- La realización sistemática de las labores relacionadas con la poda de árboles y las medidas que garanticen un óptimo estado de limpieza de la red pluvial, zanjas, y drenajes naturales
- Revisión periódica del estado técnico y de mantenimiento de las presas, micro presas y otras obras hidráulicas que constituyen peligro para la población y las instalaciones en áreas de riesgo.
- Fortalecimiento de los centros de pronósticos.
- Reducción de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA SEQUIAS INTENSAS

- Incremento de la repoblación forestal en el pímetro de las obras hidráulicas, para disminuir los efectos de la evaporación.
- Eliminación de los salideros en las conductoras y redes de distribución en beneficio de un óptimo aprovechamiento del recurso.
- Control riguroso de las fuentes superficiales y cuencas subterráneas reguladas de acuerdo a su recuperación, para evitar contaminación y la sobreexplotación.
- Cambio del área de siembra de cultivos que requieren mayor volumen de agua, hacia lugares donde existe mayor disponibilidad.
- Cambio en la estrategia de los cultivos, que requieren mayor cantidad de agua por los de mayor tolerancia a la sequía.
- Determinar las necesidades de alimentación y agua de las diferentes especies de animales y sus propósitos productivos.
- Realización de un adecuado mantenimiento de las obras hidráulicas para reducir las pérdidas por infiltración.
- Empleo de los métodos de riego más económicos, que permitan el desarrollo de los cultivos.
- Control sistemático a los consumidores que poseen fuentes propias.
- Ejecutar campañas de divulgación sobre medidas de ahorro del agua. Para incendios de grandes proporciones en áreas rurales Medidas preventivas:
- Realizar los estudios y análisis que permitan la disminución de las causas que inciden directamente en la ocurrencia de este tipo de siniestros, incidiendo directamente en la eliminación de éstas cuando ello sea posible.
- Elaboración de normativas, políticas y otras de carácter legal.
- Aplicar trochas cortafuegos en las áreas forestales.
- Fortalecer la capacidad de exploración del Cuerpo de Guardabosques, incluyendo los sistemas de comunicaciones, que garanticen una respuesta inmediata a los focos detectados.
- Colocar propaganda gráfica sobre medidas preventivas en los lugares de mayor peligro.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ESPECÍFICAMENTE SANITARIO, LOS OBJETIVOS SERÍAN

- Evitar la extensión de los efectos sobre la salud de la catástrofe
- Controlar el escenario
- Realizar un triage inicial sencillo y rápido
- Proporcionar soporte vital básico
- Situar a los pacientes en las mejores condiciones de evacuación
- Evacuar a los afectados precoz y ordenadamente
- Derivar a los afectados a los centros sanitarios adecuados
- Proporcionar atención médica definitiva

LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE UNA CATÁSTROFE SE DESARROLLA EN DOS TIEMPOS

- (a) en el lugar del suceso o punto de impacto, donde es habitual que exista un alto nivel de desorganización e improvisación
 - (b) un segundo tiempo en los puntos de asistencia definitivos, generalmente con mayor nivel organizativo y con tratamiento de las víctimas de forma individual.
- El resultado de ambas fases depende siempre del nivel de planificación y organización previamente existente.

DIRECCIÓN DE OPERACIONES

La dirección de operaciones tiene como principales responsabilidades la organización del puesto de mando sanitario, la identificación de los riesgos inmediatos para sus equipos, el establecimiento de las áreas para disponer las zonas asistenciales, la puesta en marcha del triage y la organización del tráfico de las ambulancias para iniciar la evacuación, y el control de las comunicaciones

Debe identificarse un coordinador de comunicaciones que reciba y transmita las instrucciones sanitarias, mantenga el enlace con el centro coordinador de emergencias, con el responsable de la asistencia sanitaria y con el punto de carga de las ambulancias.

El área de intervención o salvamento coincide con la zona siniestrada, suele ser el punto de mayor impacto y más caótico. La atención sanitaria puede ser inicialmente rudimentaria y la actividad principal consistirá en evacuar a los supervivientes a zonas seguras o sectores donde puedan ser socorridos.

El área de socorro es el área inmediata a la de intervención y en la que se realizan las operaciones de socorro sanitario, se despliegan los servicios sanitarios y se prestan las primeras atenciones.

El triage es la principal tarea a desarrollar en esta área. Se tratarán las urgencias extremas con el objetivo de asegurar la vía aérea y controlar las hemorragias externas.

El área de Base es en la que se organiza la recepción de evacuados y su distribución y donde se concentran los materiales más pesados y elementos de asistencia

En el área de base se despliega el puesto de mando avanzado (PMA) que está constituido por los responsables de los distintos servicios que operan en la zona

TIPOS DE ETIQUETAS

Una tarjeta ROJA (primera prioridad en evacuación) corresponde a:

1. Problema respiratorio no corregible "in situ"
2. Paro cardíaco (presenciado)
3. Hemorragia abundante (más de un litro)
4. Pérdida de consciencia.
5. Heridas penetrantes (torácicas o abdominales)
6. Fracturas graves (pelvis, costillas, vértebras cervicales)

Una tarjeta VERDE (segunda prioridad en evacuación) corresponde a:

1. Quemaduras de segundo (> 30%) o tercer grado (>10%).
2. Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas.
3. Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara
4. Hemorragia de 500 a 1000 cc.
5. Lesiones dorsales con o sin daño de columna.
6. Pacientes conscientes con daño craneo-encefálico importante.

Una tarjeta AMARILLA (tercera prioridad en evacuación) corresponde a:

1. Fracturas y otras lesiones menores.
2. Quemaduras menores de segundo grado.
3. Quemaduras de segundo (> 30%) o tercer grado (>10%).
4. Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas. Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara Hemorragia de 500 a 1000 cc.
5. Lesiones dorsales con o sin daño de columna.
6. Pacientes conscientes con daño craneo-encefálico importante.

Una tarjeta NEGRA (no evacuación) corresponde a:

1. Fallecidos.
2. Pacientes sin pulso o respiración durante más de 20 minutos o cuyas lesiones hicieran imposible las medidas de resucitación.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS.

VALORACIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATÁSTROFES NATURALES.

TRASPORTE

Los medios utilizados para la evacuación de las víctimas pueden ser terrestres (ambulancias convencionales o medicalizadas, autobuses, trenes, etc), aéreos (helicópteros, aviones) o acuáticos (fluviales o marítimos).

La información que transmitirá a su centro de coordinación recogerá aspectos de:

- Tipo de incidente y riesgos asociados que puedan aumentar los daños.
- Localización precisa del incidente e identificación de las mejores rutas de acceso.
- Estimación del número de pacientes y el tipo de lesiones.
- Necesidad de recursos especiales.
- Estimación del número de ambulancias necesarias.
- Cualquier otra información que considere relevante al centro coordinador.

LESIONES QUE PRESENTAN LAS VICTIMAS

- Lesiones torácicas y pulmonares como hemorragias intrapulmonares, contusiones pulmonares y miocárdicas, lesiones de la pared alveolar que pueden producir embolias gaseosas cerebrales y coronarias.
- Lesiones abdominales como arrancamientos mesentéricos con importantes hemorragias, contusiones, heridas o desgarramientos de vísceras macizas (hígado, bazo) o huecas (estómago, vejiga).
- Lesiones craneales como hemorragias meníngeas, hematomas subdurales o extradurales.
- Lesiones auditivas y oculares como rotura timpánica, disminución de agudeza visual o ceguera.
- Lesiones asociadas como quemaduras cutáneas, alteraciones respiratorias graves por inhalación de gases calientes y tóxicos, heridas penetrantes por esquirlas, traumatismos diversos por contusiones directas o derrumbamientos, etc. Estas lesiones no son producidas directamente por la onda expansiva sino por las consecuencias que esta produce.

CUADROS CLÍNICOS

Blast grave.
Aparece desde un principio o tras un intervalo de tiempo libre variable y los signos de gravedad pueden ser:

- Neurológicos (desde obnubilación, agitación, fase de angustia que alterna con euforia hasta un coma profundo con o sin signos deficitarios).
- Respiratorios (distrés importante con hiperventilación, taquipnea, tiraje, aleteo nasal, tos con expectoración sanguinolenta y espumosa, estertores crepitantes, neumotórax, cianosis de intensidad variable).
- Hemodinámicos por hemorragias de la cavidad torácica (hemotórax y taponamiento cardíaco) y de la cavidad abdominal (defensa abdominal, contractura, matidez en los flancos, hematuria, rectorragia).

Blast aparentemente leve.
Tras la fase inicial aparece un fase de latencia y en blast aparentemente localizados se deben investigar la existencia de signos sugestivos auditivos (disminución de la agudeza auditiva, otalgia y otorragia que ratifican la rotura timpánica) o visuales (disminución de la agudeza visual que puede llegar a la ceguera).

Blast con lesiones asociadas.
Este cuadro se caracteriza por la asociación de otras lesiones traumáticas y térmicas que permiten diferenciar una forma especial de varias agresiones como heridas junto con quemaduras y blast. La actuación médica es indispensable debido a la gravedad de las complicaciones y las repercusiones sobre el pronóstico del paciente.

CUIDADOS GENERALES

- Reposo estricto evitando cualquier movilización.
- Oxigenación suplementaria con mascarilla o sonda nasal.
- Intubación y ventilación asistida ante cuadros graves de insuficiencia respiratoria teniendo cuidado de no producir o agravar un neumotórax ya existente.
- Drenaje de neumotórax o hemotórax mal tolerados.
- Canalización de una o dos vías venosas y perfusión de líquidos evitando sobrecargas.
- Sedación y relajación si fueran necesarias.
- Otros cuidados para pacientes graves tales como sondaje nasogástrico y vesical.

CUIDADOS LOCALES

- Limpieza de zonas descubiertas, especialmente ojos, fosas nasales, boca, orejas y manos.
- Limpieza-descontaminación cuando la explosión haya causado difusión de productos químicos, radiactivos o biológicos.
- Instilación de colirio antiséptico en ausencia de lesiones penetrantes.

CONTAMINACIÓN AÉREA

- Ruptura o destrucción y escape de productos tóxicos de un contenedor, acompañada o no de incendio;
- Destrucciones o fugas de la red de distribución de un gas tóxico producidas excavación o derrumbamientos de terrenos; y
- Reacciones químicas conocidas pero mal controladas o imprevisibles que liberan productos tóxicos.

INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN DE SUSTANCIAS

- a) Malestar general, alteraciones del equilibrio, sensación de ebriedad, trastornos del comportamiento y agitación.
- b) Náuseas, vómitos y cefaleas.
- c) Alteraciones de la consciencia más o menos profundas que pueden llegar al coma con o sin crisis convulsivas.
- d) Alteraciones respiratorias. En ambos casos la aparición de trastornos puede estar precedida de olores extraños y ser evidente la existencia del accidente provocador de la situación.

TRATAMIENTO PARA INTOXICACIONES

- a) Permeabilidad y protección de la vía aérea.
- b) Intubación y ventilación asistida en cuadros graves de insuficiencia respiratoria.
- c) Oxigenación suplementaria con mascarilla o sonda nasal.
- d) Oxigenación hiperbárica en casos de intoxicaciones por monóxido de carbono.
- e) Canalización de una vía venosa y perfusión de líquidos (suero glucosado en la mayoría de los casos).
- f) Medicación diversa (diazepam, corticoides, antidotos específicos en casos muy concretos).
- G) Otros cuidados tales como sondaje nasogástrico y vesical.

CUIDADOS LOCALES

- a) Descontaminación en todos los accidentes por sustancias cáusticas. Se realiza mediante un lavado con agua corriente o un lavado descontaminante realizado por un equipo especializado. Al lavado seguirá una protección térmica adaptada a las condiciones climatológicas.
- b) Instilaciones oculares y curas de las heridas si las hubiera. El control de las víctimas intoxicadas debe observar la evolución espontánea o bajo tratamiento del nivel de consciencia y de la función respiratoria. El control ha de ser fundamentalmente clínico ya que no es posible realizar pruebas (gasometría, radiología) en instalaciones provisionales. No existen prioridades en la evacuación siempre que se asegure la función respiratoria y la cardiovascular y por el contrario pueden aplazarse la evacuación de víctimas mal controladas. Pueden utilizarse todos los medios de evacuación existentes, fundamentalmente terrestres y aéreos.

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.

Evaluación primaria y reanimación Identificar y tratar: ABCDE (según protocolo Advanced Trauma Life Support [ATLS] del Colegio Americano de Cirujanos).

- A. Vía aérea con control cervical
- B. Ventilación
- C. Circulación
- D. (Disability) Neurológico
- E. Desvestir con control de la temperatura

Anexos a la evaluación secundaria En este momento se podrán realizar todas las radiografías, TAC, angiografía, urografía, ECO transesofágico, que necesitemos según las lesiones del paciente.

Reevaluación La reevaluación continua del paciente permite detectar tanto lesiones que habían pasado desapercibidas como cambios en los signos vitales que nos indican que el tratamiento no ha sido efectivo o que no hemos tratado la causa

TRATAMIENTO DEFINITIVO

- Una vez hemos identificado las lesiones del paciente, determinaremos las necesidades de ese paciente para establecer su tratamiento definitivo:
 - Técnicas quirúrgicas
 - Coordinación de los diferentes especialistas
 - Traslado a otro centro especializado, si es necesario

TRAUMA FACIAL

- Una forma útil de clasificarlas consiste en dividir la cara en tres tercios:
 1. Tercio inferior: mandíbula
 2. Tercio medio: hueso cigomático, maxilar y huesos nasales (Clasificación de Lefort)
 3. Tercio superior: huesos frontales

MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LAS VÍAS AÉREAS

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

CONTROL DE HEMORRAGIAS

La hemorragia en el traumatizado facial puede ser masiva y si no se trata adecuadamente puede llevar al shock. Debemos recordar siempre que todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias. En las fracturas de mandíbula las arterias más frecuentemente dañadas son la facial, la lingual y la alveolar inferior. La compresión y posterior ligadura lograrán el control de las dos primeras, mientras la reducción correcta de los fragmentos óseos lo hará con la tercera.

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

ASPIRACIONES

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

TRAUMATISMO TORÁCICO

Los 3 principales elementos que debemos evaluar e identificar en el traumatizado torácico son:

- Alteración de la vía aérea: obstrucción y/o alteración de la permeabilidad.
- Disfunción ventilatoria: neumotórax abierto, neumotórax a tensión y tórax inestable.
- Alteraciones en la hemodinámica: hemotórax, taponamiento cardíaco y embolismo gaseoso.

TRAUMATISMO ABDOMINAL Y PÉLVICO

Ante la sospecha de lesión abdominal se debe conocer:

1. El mecanismo de lesión
 - A. Traumatismo cerrado: estigmas de cinturón de seguridad
 - B. Traumatismo abierto (comprobar vacunación antitetánica):
 - I. Penetrante
 - II. No penetrante
2. Historia del evento y examen físico
 - A. Lugar, tiempo transcurrido, objeto de lesión, localización y posición del sujeto,...
 - B. Inspección → Auscultación → Palpación y percusión → Evaluación de cintura pelviana → Reconocimiento perineal (incluye uretral, rectal y de región testicular o vaginal) → Reconocimiento de región glútea.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

DEFINICIÓN. Destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radioactivo. Existen una serie de factores pronósticos: la edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión y la existencia de patología previa. Los mecanismos de producción más frecuentes son las llamas y líquidos calientes.

CLASIFICACIÓN DE QUEMADURAS

Extensión.
El porcentaje de superficie corporal quemada no es sólo un factor determinante del pronóstico del paciente quemado, sino que también es necesario para la estimación de las necesidades de líquido en la fase aguda del paciente quemado grave.

PROFUNDA.
Se conservan escasos restos de folículos pilosos y glándulas sebáceas. Se forman menos flictenas, y el fondo es moteado con áreas eritematosas y otras nacaradas. No forman ampollas, son exudativas y un marcado aspecto rojizo, son muy dolorosas. La curación suele producirse a los 20 días, por encima de este tiempo existe riesgo de cicatriz hipertrófica.

TRATAMIENTO DE QUEMADURAS LEVES

- Enfriamiento con agua durante 15-20 minutos. Las curas y lavados iniciales deben realizarse bajo asepsia rigurosa. Limpieza con agua y jabón de glicerina o con clorhexidina.
- Desbridamiento de las zonas necróticas y flictenas rotas. Retirar los apéndices pilosos próximos a la herida. Se recomendaba retirar la flictena si el contenido era turbio o existía riesgo de que se rompiera, como en zonas donde hay movilidad de la piel (áreas próximas a las articulaciones). Se recomienda desbridar todas las flictenas mayores de 2 centímetros.
- El bacteriostático de elección es la sulfadiacina argéntica. Se aplica capa de 1-3 mm de espesor y se realiza oclusión con gasa vaselinizada que no provoque daño mecánico. Las curas tópicas se realizan cada 12-24 horas salvo si existe afectación facial o genital que se realizan cada 6 horas. Nunca realizar vendaje compresivo.

TRATAMIENTO DE QUEMADURAS GRAVES

- ⊞ Detener el proceso de la quemadura quitando toda la ropa, lavando las áreas que entraron en contacto con el producto químico y desconectando la electricidad que provocó la lesión. Conocer las circunstancias en las que se produjo la quemadura.
- ⊞ Soporte vital avanzado como si se tratase de un politraumatizado. ABCDE
- ⊞ Se administrará oxigenoterapia bien por mascarilla tipo Venturi al 50% o por mascarilla tipo reservorio al 100%. Si no se consigue mantener una presión parcial de oxígeno óptima se procederá a intubación orotraqueal, evitando la utilización de succinilcolina. No debe realizarse una traqueotomía de urgencia.
- ⊞ Canalizar vía venosa de gran calibre (mínimo número 16) a poder ser en zona no quemada.
- ⊞ Cualquier paciente con quemadura de más del 20% STQ requiere apoyo circulatorio

QUEMADURAS ESPECIALES

Quemaduras químicas: Pueden ser producidas por ácidos o por álcalis. La severidad de la quemadura viene determinada por el agente, la concentración, el volumen y la duración del contacto.

QUEMADURAS ELÉCTRICAS: Existen las quemaduras por flash eléctrico que son quemaduras térmicas ordinarias y las quemaduras por contacto con un conductor. A su vez éstas pueden subdividirse en a) Alto voltaje: mayores de 1000V; b) Bajo voltaje: menores de 1000V.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.

En el manejo extrahospitalario conviene tener presente: ☐ Tener especial precaución con la columna cervical y, ante la duda, inmovilizarla y actuar como si fuese un lesionado medular realizando la apertura de vía aérea mediante tracción mandibular, con mantenimiento de la cabeza en posición neutra.

☐ Respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe. La reanimación inmediata en la escena es esencial para la supervivencia y correcta recuperación neurológica después de un proceso de ahogamiento, por eso aunque los amigos de Miguel no sean profesionales cualificados deberán comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP) (en caso de que sea necesario) hasta que la asistencia sanitaria llegue. Según la European Resuscitation Council de 2010 todos los reanimadores, entrenados o no, deberían proporcionar compresiones torácicas a las víctimas de parada cardíaca.

☐ No se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea, pues no mejora los resultados de la resucitación y, sin embargo pueden producir vómitos y aspiración, complicando aún más el caso.

☐ Masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores.

☐ Control de la hipotermia ya que a menor temperatura corporal, menos necesidad de consumo de oxígeno (y mejor pronóstico de recuperación de posibles daños neurológicos causados por hipoxia), una hipotermia puede dar lugar a diversas alteraciones en el organismo, como arritmias y alteraciones metabólicas, sobre todo cuando la temperatura corporal comienza otra vez a ser normal.

☐ Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.

En el manejo a nivel hospitalario:

1. Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento: Traumatismo (tener en cuenta las posibles lesiones cráneo encefálicas, medulares, etc), consumo de drogas, enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica, etc). Ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín.

2. Exploración física: El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizara una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, etc.; el estado neurológico, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación

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

Benzodicepinas. Las de acción ultracorta son las más tóxicas. Su metabolismo hepático genera metabolitos activos; los casos más graves suelen serlo por asociación con alcohol etílico u otros fármacos sinérgicos. Producen somnolencia, lenguaje incoherente y depresión respiratoria.

Barbitúricos. La intoxicación más frecuente es por fenobarbital. Tienen metabolismo hepático y eliminación renal (según liposolubilidad), produciendo metabolitos activos. Clínicamente aparece depresión del SNC con hipotensión arterial y depresión respiratoria, así como lesiones en piel e insuficiencia renal aguda

Antidepresivos tricíclicos. Su metabolismo es sobre todo hepático. Clínicamente aparecen agitación y alucinaciones seguidas de depresión de SNC con convulsiones y depresión respiratoria, así como síndrome anticolinérgico y arritmias e hipotensión arterial. Las intoxicaciones graves aparecen con dosis > 20-30 mg/Kg (dosis plasmáticas > 11g/ml) y QRS > 0,10 seg. La existencia de R o R' en avr > 3 mm predice la aparición de arritmias o convulsiones. El tratamiento es lavado gástrico y carbón activado a dosis repetidas (si no hay íleo paralítico), acompañado de catártico.

Litio. La dosis tóxica se estima en 100mg/Kg, considerándose niveles tóxicos por encima de 1,5 meq/l (medidos tras 12 horas desde la toma del fármaco). Los síntomas iniciales aparecen a las 1-4 horas de la ingesta y son gastrointestinales. Posteriormente, aparecen síntomas neurológicos (desde temblor fino en manos hasta coma), cardiovasculares y renales. El tratamiento inicial incluye lavado gástrico, jarabe de ipecacuana o irrigación intestinal con polietilenglicol.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA

Paracetamol. La dosis tóxica es 200 mg/Kg (150 mg/Kg en niños); 7,5 gr en sangre. Las manifestaciones clínicas iniciales son gastrointestinales (24 horas postingesta). A las 24-48 horas aparece dolor en hipocondrio derecho y citólisis hepática. A las 48-96 horas se desarrolla insuficiencia hepática con o sin insuficiencia renal aguda por necrosis tubular aguda. Si no se practica un trasplante o no se recupera en 1 semana sin secuelas el paciente puede fallecer

Etilenglicol. Se absorbe por vía digestiva. Es tóxico en dosis de 50-100 ml (niveles > 0.5 g/l) y potencialmente mortal con ingestión de más de 100 ml. El 80% se metaboliza en el hígado. En la analítica se aprecia acidosis metabólica, alteración de enzimas musculares y hepáticas e hipocalcemia.

Opioides. Clínicamente se aprecia miosis puntiforme, depresión respiratoria y coma. También puede cursar con hipotensión, bradicardia, edema pulmonar no cardiogénico y rhabdomiólisis que conduce a fracaso renal. El tratamiento incluye medidas de soporte y naloxona 0.01mg/Kg, seguido de 0.2 mg cada 2-3 min hasta que mejore el nivel de conciencia (máx 10 mg).

Insecticidas. Organofosforados (paratión, malatión) y carbamatos. Se absorben a través del tracto gastrointestinal, piel, mucosas y vías respiratorias. Inhiben la colinestrasasa (organofosforados de manera irreversible, carbamatos reversible), con acúmulo de acetilcolina, que provoca crisis colinérgicas

Herbicidas. Paraquat y diquat. Síntomas digestivos por efecto cáustico. Conduce al fallo multiorganico con insuficiencia respiratoria progresiva por fibrosis pulmonar. Tratamiento: lavado gástrico con tierra de Fuller, diuresis forzada, hemodiálisis y hemoperfusión.

Setas. Las hepatotóxicas con la amanita phalloides son las más frecuentes, provocan vómitos, diarreas y dolor abdominal y pueden conducir al fallo hepático. Tratamiento: aspiración digestiva, carbón activado, purgantes, reposición líquida previo a diuresis forzada. Penicilina G sódica iv o silibinina iv, para bloquear la entrada de la toxina a la célula hepática