



**Mi Universidad**

**ENSAYO**

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Eduardo Roblero Chávez.

**TEMA:** Atención de enfermería a múltiples víctimas.

**PARCIAL:** Iro.

**MATERIA:** Enfermería en Urgencias y Desastres..

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Lic. Rubén Eduardo.

**LICENCIATURA:** Enfermería Y Nutrición.

**CUATRIMESTRE:** Séptimo.

22/Septiembre/2021.

## **ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES.**

### **Unidad II.**

#### **Atención de enfermería a múltiples víctimas.**

##### **Introducción.**

Las funciones de la enfermera en situaciones de emergencias y desastres son: ... Atención: participar en el triage, prestar atención de enfermería según los protocolos establecidos, y manejar las crisis emocionales de los pacientes en coordinación con otros miembros del equipo.

La Enfermería en urgencias se define como: "la provisión de cuidados especializados de Enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones.

#### **2.1. Concepto y clasificación de los desastres naturales.**

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

Se clasifican en: Meteorológicos, medio ambiente y extraterrestres.

De todos los anteriores podemos resumir que los ciclones tropicales, las intensas lluvias, las penetraciones del mar, las tormentas locales severas y las intensas sequías son las que históricamente más han afectado nuestro país. Cuba es azotada por ciclones tropicales con una frecuencia importante desde junio hasta noviembre, aunque la afectación de huracanes se concentra principalmente en agosto, septiembre y octubre.

Las alertas o advertencias eficaces previas a la llegada de los vientos limitan la morbilidad y la mortalidad Las inundaciones repentinas y las crecidas del mar, aunque suelen acompañarse de escasas lesiones graves, causan una gran mortalidad; la mayoría de las defunciones se deben a ahogamientos que son más comunes entre los miembros más vulnerables de la población y a las inundaciones de lodo.

#### 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.

#### Inundaciones.

Las inundaciones son uno de los peligros más comunes pues pueden aparecer como consecuencia de varios fenómenos, no solamente los meteorológicos. Las inundaciones repentinas a menudo tienen una pared peligrosa de agua rugiente que arrastra una carga mortal de rocas, árboles, lodo y otros escombros que pueden arrasar cualquier cosa en su paso. Esté consciente de los riesgos de inundaciones, no importa donde usted viva, pero especialmente si reside en áreas bajas, cerca de agua o aguas abajo de una represa.

#### Tsunamis o maremotos.

Al igual que los terremotos, 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. Las olas del tsunami se perciben escasamente en aguas profundas y pueden medir hasta 160 Km. Entre cresta de olas.

#### Volcanes.

Son originados por el impulso ascendente de magma a través del cráter del volcán, causado por la presión y efervescencia 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.

Parámetros y plazos para el establecimiento de las fases.

Durante la respuesta a las diferentes situaciones de desastres se establecerán las fases informativas, alerta y alarma, con el objetivo de ejecutar las medidas de protección de la población y la economía de forma gradual y oportuna. El establecimiento y los plazos de estas fases dependerán del tipo y características de los peligros. Los territorios donde fue declarada alguna de las tres fases iniciales pero no fueron afectados, pasarán a la normalidad.

Para los ciclones tropicales.

El Centro de Dirección del Consejo de Defensa Nacional para caso de desastres emitirá disposiciones a los órganos de dirección de las provincias para dar a conocer el establecimiento de las fases y las medidas que deberán cumplirse de acuerdo con la situación particular que se pronostica para cada territorio.

## **2.2. Organización general ante las catástrofes y desastres naturales.**

Principales medidas para la protección de la población y la economía Para ciclones tropicales y otros eventos hidrometeorológicos extremos.

Medidas preventivas:

- 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.
- Fortalecimiento de los centros de pronósticos.
- Reducción de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional
- 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.

#### Preparativos:

- Puntualización de las áreas de inundaciones peligrosas y determinación de las medidas a tomar con carácter diferenciado.
- Reajuste de las cifras de personas a evacuar.
- Análisis de las experiencias que pudiera aportar la población durante el trabajo de puntualización de los planes de medidas.
- Análisis de la objetividad de las medidas que deben cumplir los órganos de dirección (mando) en cada una de las fases previstas para las acciones de repuesta.
- Análisis del estado y situación que puede crearse en los sistemas vitales, entre ellos las fuentes de abasto de agua y conductoras y el sistema electro-energético nacional y de comunicaciones.

#### Medidas preventivas:

- 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.
- Elaboración de normativas, políticas y otras de carácter legal.
- Aplicar trochas cortafuegos en las áreas forestales.
- Empleo de los métodos de riego más económicos, que permitan el desarrollo de los cultivos.
- Control sistemático a los consumidores que poseen fuentes propias.
- Colocar propaganda gráfica sobre medidas preventivas en los lugares de mayor peligro.

Preparativos:

- Puntualización de las áreas de peligro y determinación de las medidas a tomar con carácter diferenciado.
- Determinación de las medidas que deben cumplir los órganos de dirección para las acciones de enfrentamiento.
- Actualización de las plantillas de los órganos de dirección y del resto del personal que interviene en el cumplimiento de las medidas de protección y sus aseguramientos.
- Acondicionamiento de los locales de los puestos de mando y de los centros de dirección de los Consejos de Defensa.

### **2.3. Valoración de pacientes en emergencias colectivas y catástrofes naturales.**

Con carácter general, la intervención en casos de catástrofe está dirigida en orden de prioridad secuencial a evitar la difusión de la catástrofe, reduciendo en lo posible las causas del suceso; controlar y limitar sus efectos sobre las personas, bienes y servicios; rescatar y atender a los afectados, y rehabilitar los servicios públicos básicos. La actuación estará orientada mediante el criterio de simplificación de los actos médicos, renunciando a procedimientos terapéuticos complejos, clasificando in situ a los heridos y planificando su evacuación ordenada hacia la red hospitalaria en función de su patología. En definitiva, deberá haber previamente una estandarización en los gestos terapéuticos y del material a emplear.

Dirección de las 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.

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.

### Transporte.

La elección de uno u otro viene determinada por la distancia al centro hospitalario, las lesiones del paciente, el número de heridos y las características geográficas del lugar donde se haya producido el siniestro. Como este manual va dirigido a personal no sanitario, la exposición sobre atención sanitaria en casos de catástrofe se centrará en la actuación de los técnicos de emergencias (lo que en el contexto anglosajón se denominan paramédicos). Cuando la catástrofe lo requiera y sea factible debe habilitarse un área para la toma de tierra de helicópteros que permiten una rápida evacuación de los pacientes y posibilitan su traslado a hospitales más alejados.

### 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.

El conocimiento exacto del producto no posee un interés inmediato para la aplicación de los primeros cuidados. El nivel de gravedad de la intoxicación puede ser leve, moderado o grave. Son urgencias absolutas todas las víctimas con un cuadro grave de insuficiencia respiratoria y/o coma; considerándose urgencias potenciales los pacientes que presenten alteraciones moderadas de la respiración.

Se trasladará a los pacientes al aire libre, si el accidente se ha producido en un lugar cerrado o fuera de la zona contaminada, y se colocará en decúbito lateral a las víctimas inconscientes y en decúbito supino o semisentados a los demás. Los cuidados generales incluyen medidas orientadas al mantenimiento o restauración de la respiración normal.

**2.4. Atención de enfermería en las emergencias traumáticas y desequilibrios con el medio ambiente.**

**2.4.1 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).

Vía aérea con control cervical.

Los fundamentos se estructuran en maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia (siempre con control cervical), revisión de la cavidad oral y valoración de vía aérea definitiva.

Ventilación.

Aun existiendo una vía aérea permeable, la ventilación puede estar comprometida.

Circulación.

Mediante datos clínicos que nos dan información en segundo.

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

Neurológico.

Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central). Se trata de una exploración neurológica básica y rápida: estado de pupilas y Escala de coma de Glasgow.

Desvestir con control de la temperatura.

En el paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes). Para controlar la temperatura debemos: calentar el ambiente, uso de mantas térmicas, calentar sueros y sangre (el suero se puede calentar en un microondas, la sangre precisa calentadores especiales).

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

Mantenimiento y control de la vía aérea.

Primer objetivo. Limpiar la boca y la orofaringe de sangre, dientes rotos, prótesis dentales y otros cuerpos extraños. Si una vez retirados los cuerpos extraños la vía aérea no se mantiene permeable, es necesaria la intubación inmediata (oro o nasotraqueal) e incluso traqueostomía de urgencia.

Control de la hemorragia.

La hemorragia en el traumatizado facial puede ser masiva y si no se trata adecuadamente puede llevar al shock. Debemos recordar siempre que todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias.

Aspiración.

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

Debemos diferenciar entre estos dos estados:

- Shock neurogénico: Estado hemodinámico producido por alteración de las vías simpáticas descendentes provocando hipotensión arterial y bradicardia. Su tratamiento consiste en fluidoterapia juiciosa y vasoconstrictores (noradrenalina y atropina).
- Shock medular: Es un estado neurológico que conlleva anestesia y parálisis flácida con pérdida de reflejos que evolucionará a estado espástico con hiperreflexia en un segundo estadio.

#### **2.4.2** atención de enfermería a pacientes quemados.

La quemadura constituye una lesión traumática grave, debido a la pérdida de piel, a las alteraciones fisiopatológicas que ocurren en su organismo, el dolor, la complejidad del tratamiento, el tiempo de curación, las secuelas funcionales y estéticas; además de su repercusión en distintos ámbitos de la vida.

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

#### **2.4.3. Atención de enfermería en ahogamiento.**

- ⊗ 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.
- ⊗ 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.

#### 2.4.4. Atención de enfermería al paciente intoxicado.

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

#### SIGNOS TÓXICO.

Miosis opiáceos, organofosforados, barbitúricos midriasis barbitúricos, cocaína, anticolinérgicos, lsd coma adt, opiáceos, benzodiacepinas, alcohol alucinaciones anticolinérgicos, lsd, drogas de diseño distonías haloperidol, metoclorpramida convulsiones anticolinérgicos, narcóticos, teofilina, isoniacida taquicardia adt, teofilina, salicilatos, anticolinérgicos bradicardia digital, betabloqueantes, antagonistas del calcio arritmias antidepresivos, anfetaminas, drogas de diseño taquipnea salicilatos, anfetaminas, cocaína, cianuros, co bradipnea opiáceos, benzodiacepinas sialorrea organofosforados, carbamatos, cáusticos gases irritantes, opiáceos, paraquat hipotermia alcohol, anticolinérgicos, sedantes hipertermia salicilatos, neurolépticos.

#### Benzodiacepinas.

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.

#### 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.

#### 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.

#### Salicilatos.

Tienen absorción oral, metabolismo hepático y eliminación renal. La dosis tóxica es de 150 mg/Kg (intoxicación muy grave si > 300 mg/Kg). Las manifestaciones clínicas son gastrointestinales inicialmente (con HDA). En casos más graves aparecen fiebre, taquipnea, taquicardia, alteraciones neurológicas, rabdomiolisis, fracaso renal agudo, EAP y diatésis hemorrágica.

#### Etanol.

Es la más frecuente. Sus efectos dependen del grado de alcoholemia y de la tolerancia de cada individuo. Niveles > 1 g/l se acompañan de ataxia y disartria, deterioro mental y físico, euforia, combatividad. Niveles > 2 g/l de náuseas, vómitos, diplopía, confusión, > 3 g/l generalmente produce coma y depresión respiratoria, además de hipotensión e hipotermia en personas que no beben habitualmente, es frecuente la broncoaspiración. Niveles superiores a 4 g/l entran en rango letal.

#### Alcohol metílico.

Se absorbe por vía gastrointestinal, piel y vías respiratorias. Dosis bajas 10-30 ml hacen alcanzar niveles plasmáticos tóxicos > 0.2 gr/l, siendo potencialmente letal de 60-200 ml con niveles plasmáticos > 1 g/l. Se oxida en el hígado hacia formaldehído por la alcoholdehidrogenasa (ADH) y su toxicidad se debe a la formación de sus metabolitos intermediarios, que inhiben la respiración mitocondrial.

## **Conclusión.**

La enfermera en muchas ocasiones es la única representante del equipo de salud en la comunidad. Su capacitación para situaciones de emergencia es fundamental. En alguna medida la enfermera se verá involucrada en situaciones de desastre cuando estas ocurran. A veces su papel será crítico. Para desempeñarse eficientemente, la enfermera debe estar preparada para cambiar su plan de acción en cualquier momento y adaptarse a nuevas situaciones, ser planificadora, intervencionista en crisis, educadora en salud, proveedora de atenciones de enfermería, administradora y, en ciertas ocasiones, ejecutora de triage.

Se considera necesario, por lo tanto, preparara la enfermera a nivel básico y post-básico, considerando como experiencias mínimas de aprendizaje: primeros auxilios, resucitación cardiopulmonar, intervención en crisis psicológica, triage y protocolos de práctica en enfermería.

## **Bibliografía.**

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/047f535e7abc30bce21a0d905208789c-LC-LEN702.pdf>