



Mi Universidad

Ensayo

NOMBRE DEL ALUMNO: yosmar Emanuel Figueroa Rodríguez

TEMA: atención de enfermería a múltiples víctimas

PARCIAL: I

MATERIA: enfermería en urgencias y desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Ruben Eduardo Domínguez

LICENCIATURA: enfermería

CUATRIMESTRE: séptimo

Concepto y clasificación de los desastres naturales.

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

Los elementos más peligrosos en un ciclón tropical son: Los vientos: Alcanzan su máxima velocidad cerca del centro del ciclón donde pueden llegar hasta más de 200 Km. Por hora, las rachas de 2 a 3 seg. De duración alcanzan hasta 1,5 veces el valor del viento sostenido, las condiciones locales y los tornados aumentan considerablemente el viento y los objetos volantes pueden convertirse en proyectiles que ocasionan también daños. Efectos 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.

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. Aunque la mayor parte de las víctimas de los rayos sobrevive, las personas a quienes les ha caído un rayo presentan una variedad de síntomas debilitantes y de largo plazo.

. La medición de los terremotos se realiza a través de un instrumento llamado sismógrafo, el que registra en un papel la vibración de la tierra producida por el sismo (sismograma) y nos informa la magnitud y la duración. Este instrumento registra dos tipos de ondas: Las superficiales, que viajan a través de la superficie terrestre y producen la mayor vibración (probablemente también el mayor daño) y las centrales o corporales, que viajan a través de

la tierra desde su profundidad. Las ondas centrales a su vez son de dos tipos: Las ondas primarias “P” o compresivas y las ondas secundarias “S” o cortantes. Lo interesante de estas ondas es que las “P” viajan a través del magma (zona de rocas fundidas) y llegan primero a la superficie ya que logran una mayor velocidad y van empujando pequeñas partículas de material delante de ellas y arrastrando otro tanto detrás. Las ondas “S”, en cambio, por ir más lentas van desplazando material en ángulo recto a ellas.

Para dar a conocer a la población el establecimiento de las fases y las orientaciones pertinentes el Centro de Dirección del Consejo de Defensa Nacional para caso de desastres emitirá notas informativas a través de los medios de comunicación masiva sobre la base de los avisos que emita el Centro de Pronósticos del Instituto de Meteorología. El resultado de esta valoración determinará qué fases establecer para cada territorio en particular, lo que permitirá contar con el tiempo necesario para el cumplimiento de las medidas previstas y emplear racionalmente en cada caso los recursos disponibles. Se tendrán en cuenta los siguientes plazos:

- 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.

Organización general ante las catástrofes y desastres naturales.

Determinación de los daños a los sistemas vitales, entre ellos las fuentes de abasto de agua y conductoras y el sistema electroenergético nacional y de comunicaciones.

- Revisión del estado técnico y de mantenimiento de las presas y micropresas, ubicadas en zonas sísmicas, que constituyen peligro para la población residente e instalaciones de agua debajo de ellas.

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.
- 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, principalmente en ciudades y poblados, así como otras tareas de carácter preventivo para mitigar las consecuencias de los efectos destructivos de los ciclones tropicales y otros fenómenos asociados, que deberán cumplir los organismos y territorios.
- 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.
- Evaluación del estado de las vías principales y secundarias a emplear durante la evacuación, estado de los puentes y alcantarillas y posibles interrupciones.
- Reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.
- Organización de las medidas higiénicas y sanitarias, epizootológicas y fitosanitarias encaminadas a la protección de las personas, los animales y las plantas.
- Puntualización de las medidas de protección en especial la evacuación de los recursos situados en almacenes de todo tipo.
- Determinación de los itinerarios a utilizar para el rescate y salvamento de personas, empleo de las fuerzas y medios para revitalizar la economía y para la recepción de la ayuda nacional e internacional en caso de ser necesarias.
- Elaboración, implementación y evaluación del plan y sus aseguramientos.
- Aplicación de un amplio programa de preparación de la población, órganos de dirección y fuerzas que participan en las labores de rescate y salvamento, haciendo particular énfasis en la instrucción de la población sobre los procedimientos y normas de conducta a seguir en caso de sismo.
- Realización de reconocimientos del terreno en las áreas de probable afectación.
- Creación y capacitación de los grupos de trabajo encargados de dictaminar la posible utilización o no de las instalaciones que se afecten.

Valoración de pacientes en emergencias colectivas y catástrofes naturales.

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. 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, y (b) un segundo tiempo en los puntos de asistencia definitivos, generalmente con mayor nivel organizativo y con tratamiento de las víctimas de forma individual.

En definitiva, deberá haber previamente una estandarización en los gestos terapéuticos y del material a emplear. Los tres componentes esenciales desde el punto de vista sanitario para el manejo de las situaciones de catástrofe son la dirección de las operaciones, el triage y el transporte. Son las tres funciones que constituyen el núcleo básico alrededor del cual se organizan el resto de actividades. . Las comunicaciones son, en sí mismas, uno de los elementos esenciales en el manejo de una catástrofe hasta el punto que, en muchas situaciones de este tipo, se obtienen pobres resultados como consecuencia de una mala utilización 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.

En primer lugar y al objeto de conseguir una actuación escalonada de las ayudas en la zona de catástrofe se establecerán tres áreas, basadas en una serie de perímetros virtuales en los que se apoyara el desarrollo operativo, que servirán para organizarnos, protegernos y parcelar el siniestro. Estas tres áreas serán el área de intervención o salvamento, el área de socorro y el área de base. El área de intervención o salvamento coincide con la zona siniestrada, suele ser el punto de mayor impacto y más caótico.

Triage Antes de exponer las características del sistema de clasificación de víctimas o triage, debe recordarse que el personal de las unidades de rescate y salvamento que acuden al lugar de la catástrofe debe estar capacitado para prestar los primeros auxilios antes de efectuar el traslado de las víctimas, especialmente en aquellas acciones que tienen prioridad absoluta (mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, control y asistencia ventilatoria, control de hemorragias internas y externas y administración de líquidos para tratar el shock) La clasificación de las víctimas hecha en base al criterio médico del pronóstico del paciente

se denomina triage y es una medida necesaria para tratar a víctimas masivas cuando los recursos médicos y materiales son limitados.

El triage se basa en el posible beneficio que los heridos pueden esperar de una atención médica inmediata y no en base a la gravedad de las lesiones. El equipo sanitario será el responsable de atender a los heridos, clasificarlos, identificarlos, tratarlos y prepararlos para la evacuación. Se utilizan tarjetas específicas cuyo color (rojo, verde, amarillo y negro) indica un determinado grado de lesión y una prioridad en la evacuación.

En situación de catástrofe el material médico es indispensable para garantizar una correcta asistencia en el terreno y durante la evacuación. El material sanitario será aquel destinado a garantizar la asistencia y la estabilización de las víctimas, se acondicionará en lotes que pueden ser individuales o colectivos.

En los accidentes de tráfico por carretera las víctimas se encuentran, generalmente, agrupadas en el vehículo o sus alrededores y pueden estar encarceladas o ser accesibles con facilidad. Por el contrario, en los accidentes ferroviarios, aéreos o marítimos pueden estar dispersas en zonas más o menos amplias.

Las magnitud y la severidad de las lesiones pueden ser diferentes dependiendo de las circunstancias en las que se haya producido la explosión: lugar (recinto cerrado o abierto, en el aire o en el agua), potencia de la onda de choque, distancia de la víctima respecto al punto de la explosión, posición de la víctima en relación con la onda de choque (paralela o perpendicular), equipos de protección o protecciones improvisadas (paredes, muebles). Inicialmente se hará un diagnóstico de presunción en cualquier víctima sometida a los efectos de una explosión y aparentemente sin lesiones o que sólo presenta signos discretos.

La actuación médica es indispensable debido a la gravedad de las complicaciones y las repercusiones sobre el pronóstico del paciente. Se considerarán urgencias absolutas los heridos con un cuadro de insuficiencia respiratoria y/o cardiovascular (shock); y urgencias potenciales los pacientes que han estado sometidos a una explosión y presenten trastornos auditivos aparentemente aislados, agitación moderada sin trastornos respiratorios o trastornos respiratorios mínimos.

Atención de enfermería al paciente politraumatizado.

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. Alternativas en caso de no intubación: dispositivo bolsa-válvula-máscara. Ventilación Aun existiendo una vía aérea permeable, la ventilación puede estar comprometida. ¿Cómo comprobamos la ventilación? • EXPONER Y VER si existe deformidad, asimetría en los movimientos, • AUSCULTAR: simetría o no en ambos campos pulmonares. • PERCUTIR Y PALPAR.

Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central) pueda deberse a: • Mala oxigenación /ventilación • Mala perfusión cerebral por shock • Hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos, Se trata de una exploración neurológica básica y rápida: estado de pupilas y Escala de coma de Glasgow.

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).

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 ha estado espástico con hiperreflexia en un segundo estadio.

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, Es importante una primera atención adecuada, así como conocer qué casos pueden ser abordados en nuestro medio hospitalario y derivados a una unidad de referencia.

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.

Las lesiones localizadas en cráneo, cara, cuello, axilas, manos, área genital y pliegues de flexoextensión precisan la atención inmediata de un cirujano plástico, en prevención de posibles secuelas tanto funcionales como estéticas.

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.

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. La reanimación inmediata en la escena es esencial para la supervivencia y correcta recuperación neurológica después de un proceso de ahogamiento, 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. 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 los pacientes en los que fracasan las medidas iniciales de oxigenación con mascarilla de oxígeno con reservorio o la ventilación no invasiva (CIPAP, BIPAP), o disminuye el nivel de

conciencia debe considerarse la intubación orotraqueal y ventilación precoz. La intubación está indicada en apnea, dificultad respiratoria grave o hipoxemia refractaria al oxígeno.

Atención de enfermería al paciente intoxicado.

Actitud en urgencias ante un paciente intoxicado. - Evaluar la gravedad del cuadro y proporcionar soporte vital si fuese necesario. - Evaluación clínica general. - Iniciar medidas terapéuticas de carácter general. - Iniciar tratamiento específico después de identificar tóxico implicado.

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

Exploración física: - Valoración vía aérea y exploración cardiovascular. - Exploración neurológica: nivel de conciencia, focalidad, pupilas (midriasis: cocaína, tricíclicos, fenotiazinas, miosis: opiáceos, organofosforados, alcohol, benzodiazepinas). - Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos). - Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal. - Exploración extremidades: signos de venopunción.

Pruebas complementarias: - Constantes, glucemia capilar. - Gasometría. - EKG. 72 - Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con glucemia, urea, creatinina, iones, CK, amilasa, perfil hepático con AST, ALT y bilirrubina. - Recoger muestras para estudio toxicológico: drogas de abuso en orina y determinaciones en sangre de niveles de anticomiciales, digoxina y teofilina. - Rx o TAC si procede para descartar: aspiración, EAP, neumomediastino y sustancias radiopacas.

Valoración Clínica y Estabilización del Paciente: - Ventilación (VM si precisa) y oxigenación. - Vigilar hipotensión (la más frecuente), arritmias. - Hidratación, diuresis forzada, medidas antishock. - Vigilancia neurológica: coma, convulsiones.

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.

Bibliografía

- ALAN PEARSON, PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA MC GRAW HILL (2008).
- ALIAS ROVIRA GIL, URGENCIAS EN ENFERMERÍA, LIMOSA, 2002.
- LORETO MAL GARCÍA, ENFERMERÍA EN DESASTRES, MC GRAW HILL, 2008.
- JANET GRAN PARKER, ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2012.