



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Dulce Suleyma López Ramírez

TEMA: Atención de enfermería a múltiples víctimas

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería en Urgencias y Desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez

LICENCIATURA: Lic. En enfermería

CUATRIMESTRE: 7°

INTRODUCCION

En este ensayo aprenderemos nuevas cosas de como trabajar con las personas y como poder ayudarlas ante cualquier situación ya que como sabemos enfermería es la base de todo para iniciar a curar desde heridas simples hasta cirugías mayores y en este abordaremos temas que más de alguna vez hemos pasado por ejemplo los huracanes, muchos hemos sido afectados a través de ello y hemos tenido la necesidad de acudir a un personal de salud, pero aquí presentaremos como poder ayudar a las personas que se encuentran en situaciones críticas.

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LOS DESASTRES NATURALES:

Los desastres naturales y/o fenómenos naturales no son producidos por el hombre y como bien sabemos estos son muchos y se clasifican en meteorológicos esto se refiere a los que ciclones tropicales, inundaciones, sequía, tormentas de polvo, terremotos, tsunamis, plagas de insectos. Las del medio ambiente son lluvia ácida, contaminación, aumento del nivel del mar, descenso del acapá de ozono. Y las extraterrestres son, Impacto asteroide, aurora boreal. De todas las anteriores podemos ver que las que más han afectado a nuestro país son los ciclones tropicales, intensas lluvias, intensas sequías.

A lo largo del tiempo nos hemos dado cuenta que la palabra huracán tiene diferente significado dependiendo de la tribu en que estemos por ejemplo el dios maya del mal tiempo se llamaba Huracán, los taínos llamaban al dios del mal Juracán, en Haití huracán significa espíritu del maligno, en Holanda usaban la palabra Hyroacán, los indios la llaman Aracán, y como bien sabemos los meses en que más se presentan este tipo de huracanes es en Agosto, Septiembre y Octubre para el mar Caribe occidental y para el Golfo de México y el Atlántico norte es en Junio hasta Noviembre. Estas afectan más a las comunidades en donde tienen cerca los ríos y también a las casas de dos pisos ya que por mucha agua esto conlleva a flojar la tierra y eso provoca los desbordamientos. Estas inundaciones que acompañan a las lluvias se producen en zonas bajas, representan una gran amenaza para la vida humana y animal, provocan daños en las viviendas, afectaciones en redes eléctricas y telefónicas y daños en la infraestructura económica.

Para ello hay que tener una cierta medida de prevención como alejando objetos cerca de las ventanas alejar cosas con las que se puede provocar otros accidentes, así también cuidarse de las tormentas eléctricas alejando objetos con que pueda caer una tormenta ahí, estas tormentas ocurren una en una, en grupos o en líneas. 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. Las víctimas de un rayo no tienen ninguna carga eléctrica y deben recibir atención de inmediato, cuando hablamos de rayo hablamos de peligros que estos ocasionan y cuando suceda esto hay que utilizar la regla 30/30 mantener 30 min. Dentro de un lugar seguro ya sea casa o carro, alejarse de metales y de árboles secos estos son objetos llamativos a los rayos.

Hablamos de terremotos que significa movimiento de la tierra este es causado por la súbita liberación de energía acumulada durante un largo tiempo, su causa es el movimiento brusco de las placas tectónicas o por un volcán en proceso de erupción. 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. Estas se componen en dos ondas primarias y secundarias las primarias 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. Y las secundarias por ir más lentas van desplazando material en ángulo recto a ellas. Para este caso debemos estar prevenidos guardando documentos importantes, tener a la vista impermeables, verificar que la casa no tenga partiduras, anclar los muebles o si bien desalojar si la casa está en riesgo. Los tsunamis al igual que los maremotos son originadas por el movimiento de las placas tectónicas, en este caso las muertes ocurren principalmente por ahogos y lesiones causadas por golpes de los escombros.

Debemos tener presente que un maremoto puede tener diez o más olas destructivas en 12 horas. Para este caso debemos tener trazada una ruta de salida y avisarle a los niños pequeños que cuando esto ocurra ellos sepan realizar lo planeado. En caso de erupción de volcanes también saber que hacer y a dónde acudir, la época de mayor peligro para el surgimiento de incendios en áreas rurales está comprendida entre los meses de febrero y abril, El principal riesgo se localiza en las áreas de bosques naturales y artificiales y en áreas no forestales, entre ellas plantaciones cañeras, pastos y herbazales donde pueden ocurrir focos de incendios por quemas no controladas o inducidas por personas que violan las medidas de seguridad.

Ola de calor esta también afecta mucho más a las personas mayores de edad provocando mucha sudoración y para eso debemos tomar abundante agua para estar hidratados y utilizar cremas de protección solar para evitar complicaciones en la piel.

Para los ciclones tropicales es necesario cumplir con las siguientes fases informativa, de alerta, de alarma, recuperativa para así poder estar en mejor.

ORGANIZACIÓN GENERAL ANTE LAS CATÁSTROFES Y DESASTRES NATURALES:

En este caso las personas deben ponerse de acuerdo para mantener limpia su comunidad limpiando zanjas, arrollos, desahues, drenajes y desombrando arboles para evitar accidentes ocasionados por dichos desastres naturales, así también revisar presas, tanques de agua para evitar consecuencias de los efectos destructivos, así mismo acondicionar los centros de dirección de los Consejos de Defensa para caso de desastres, constituir y preparar periódicamente a los grupos de evaluación de daños y necesidades, que deberán realizar una valoración preliminar una vez que cese el peligro, así también verificar que se lleve a cabo el cumplimiento de las medidas de protección de la población y de la economía durante las acciones de respuesta y que los albergues estén en buen estado para recibir a las personas afectadas.

Así mismo que los equipos médicos estén en buen estado ya sea ambulancias los hospitales que estén con suficiente comida, camillas. De igual manera practicar la realización de simulacros y prácticas con la población, los órganos de dirección, las entidades económicas y sociales, con algún nivel de participación y aseguramiento de lo recogido en el plan.

VALORACIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATÁSTROFES NATURALES:

El objetivo de esto más que nada es ver la salud de las personas atendiéndolas de acuerdo a sus necesidades evitar la difusión de la catástrofe, reduciendo en lo posible las causas del suceso, 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 esto se realizara en dos tiempos la primera es en el lugar del suceso o punto de impacto, donde es habitual que exista un alto nivel de desorganización e improvisación, y el segundo tiempo en los puntos de asistencia definitivos, generalmente con mayor nivel organizativo y con tratamiento de las víctimas de forma individual el resultado depende de la planificación que se hizo.

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 para estas actividades se necesita saber lo siguiente 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 equipo sanitario será el responsable de atender a los heridos, clasificarlos, identificarlos, Para ello, se utilizan tarjetas específicas cuyo color (rojo, verde, amarillo y negro) indica un determinado grado de lesión y una prioridad en la evacuación. 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: 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 cráneo-encefálico importante. - Una tarjeta AMARILLA (tercera prioridad en evacuación) corresponde a: 1. Fracturas y otras lesiones menores. 2. Quemaduras menores de segundo grado.

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). Así mismo el técnico en emergencias debe conocer y cumplir con la serie de funciones deberá respetar escrupulosamente las señales de tráfico, no bloquear nunca accesos, no abandonar jamás el vehículo, atender las indicaciones del director de operaciones sanitarias, esperar instrucciones para la movilización de pacientes, comprobar la documentación y dirigirse al centro sanitario indicado, dando cuenta finalmente de su disponibilidad al centro coordinador así mismo cada material debe

tenerse en orden y debe incluir en su interior un inventario de su contenido y estar identificado por colores (azul para la vía aérea, rojo para cardiovascular y medicamentos y verde para los apósitos y material diverso). El transporte sera utilizado para todo tipo de enfermos En cuanto al paciente traumatizado debe darse prioridad a la apertura y permeabilidad de la vía aérea con control cervical, al control y asistencia ventilatoria si fuera precisa, al control de hemorragias, así como a la inmovilización y movilización adecuadas.

Es posible diferenciar tres cuadros clínicos distintos los cuales son: a) neurológicos (desde obnubilación, agitación, fase de angustia que alterna con euforia hasta un coma profundo con o sin signos deficitarios). B) respiratorios (distrés importante con hiperventilación, taquipnea, tiraje, aleteo nasal, tos con expectoración sanguinolenta y espumosa, estertores crepitantes, neumotórax, cianosis de intensidad variable). C) 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.

Los cuidados generales incluyen una serie de medidas orientadas a mantener, restablecer o no alterar la función respiratoria, como son Reposo estricto evitando cualquier movilización. B) Oxigenación suplementaria con mascarilla o sonda nasal. C) Intubación y ventilación. D) Drenaje de neumotórax o hemotórax mal tolerados. F) Sedación y relajación si fueran necesarias. G) Otros cuidados para pacientes graves tales como sondaje nasogástrico y vesical. Para ello es necesario seguir Los cuidados locales que incluyen: a) Limpieza de zonas descubiertas, especialmente ojos, fosas nasales, boca, orejas y manos. B) Limpieza-descontaminación cuando la explosión haya causado difusión de productos químicos, radiactivos o biológicos. C) Instilación de colirio antiséptico en ausencia de lesiones penetrantes.

. En la intoxicación por sustancias con toxicidad regional el diagnóstico se establece por) 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.

Para ello existe un cierto tipo de medicamentos los cuales son: 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) e) Oxigenación hiperbárica en casos de intoxicaciones por monóxido de carbono. F) Canalización de una vía venosa y perfusión de líquidos (suero glucosado en la mayoría de los casos). Entre otros.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

Esto no es más que 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. Para ello es necesario identificar y tratar el ABCDE los cuales son:

A Vía aérea con control cervical

B Ventilación

C Circulación

D (Disability) Neurológico

E Desvestir con control de la temperatura

En este caso debemos realizar todo lo que este en nuestras manos como personal de enfermería nuestro trabajo es cuidar del paciente y verificar que no tenga hemorragias, huesos rotos, golpes internos, después de valorar el estado de conciencia hacerle unos exámenes neurológicos y radiografías TAC, angiografía, urografía, ECO transesofágico, que necesitemos según las lesiones del paciente, así mismo realizar una 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. Y por último darle un 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.

El trauma facial se clasifica en 3 tercios 1. Tercio inferior: mandíbula 2. Tercio medio: hueso cigomático, maxilar y huesos nasales (Clasificación de Lefort) 3. Tercio superior: huesos frontales y para ello su tratamiento es: Limpiar la boca y la orofaringe de sangre, dientes

rotos, prótesis dentales y otros cuerpos extraños. 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.

Para controlar la hemorragia es necesario realizar presión o bien con taponamiento nasal (taponamiento post con sonda de Foley con balón hinchado + anterior con gasa).

Es frecuente que este tipo de trauma se acompañe de aspiración de sangre, contenido gástrico, secreciones orofaríngeas o cuerpos extraños especialmente si existe lesiones acompañadas (balón hinchado + anterior con gasa).

Así también existen dos tipos de shock y debemos saber diferenciarlos. 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.

TRAUMATISMO ABDOMINAL Y PÉLVICO:

Ante la sospecha de lesión abdominal se debe conocer: 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:

Su definición es destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radioactivo, sus factores son 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. Esta se clasifica por extensión lo llamamos así porque se refiere a la superficie corporal quemada, el cálculo de la extensión se realiza exclusivamente en las quemaduras de segundo y tercer grado. Y para ello 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 debía utilizarse para niños menores de 10 años, en quemaduras poco extensas se considera que la superficie de la palma de la mano abierta del propio paciente equivale a un 1% de la superficie corporal. Los agentes causales de las quemaduras son: Quemaduras flash exposición a la fuente de calor, contacto estas son de poca extensión pero profundas, Eléctricas estas dependen de la intensidad de la corriente, Escaldadura son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición. Para las quemaduras leves el tratamiento es: Enfriamiento con agua durante 15-20 minutos, Limpiar con agua y jabón de glicerina o con clorhexidina. El bacteriostático de elección es la sulfadiazina argéntica. Se aplica capa de 1-3 mm de espesor y se realiza oclusión con gasa vaselinizada que no provoque daño mecánico.

Tratamiento de las quemaduras graves: quitar toda la ropa, lavar las áreas que entraron en contacto con el producto químico y desconectar la electricidad que provocó la lesión. Se administrará oxigenoterapia bien por mascarilla tipo Venturi al 50% o por mascarilla tipo reservorio al 100%. Canalizar vía venosa de gran calibre (mínimo número 16) a poder ser en zona no quemada. La cantidad de líquidos que se administre se hará en base a la Fórmula de Parkland: o Adultos: $4 \text{ ml de Ringer lactato} \times \text{Kg. Peso} \times \% \text{ STQ}$. O Niños: $3 \text{ ml de Ringer lactato} \times \text{Kg. Peso} \times \% \text{ STQ}$. y se administrará a cada 8 horas. Si el dolor es leve: METAMIZOL 2 gr iv/ 8 horas. O Si el dolor es moderado-grave: TRAMADOL 100mg iv/8horas; MORFINA 2 mgr iv/ mínimo hasta que desaparezca el dolor o dosis máxima de 10 mgr.

Es importante vigilar palidez, cianosis, retraso en el relleno capilar, parestesias, pulso débil o imperceptible y dolor profundo, cuando las quemaduras son profundas. Las lesiones

localizadas en cráneo, cara, cuello, axilas, manos, área genital y pliegues de flexo- extensión precisan la atención inmediata de un cirujano plástico. También existen las quemaduras especiales por ejemplo la quemadura química y 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. Para ello es necesario retirar la ropa y lavar con abundante agua durante 30 minutos en ácidos y 60 minutos en álcalis.

Las quemaduras eléctricas 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. Para esto debe verificarse arritmias durante 24 horas, así también debe identificarse la puerta de entrada (con más frecuencia se encuentra en manos y muñecas) y la de salida (habitualmente en pies). Debe siempre explorarse la circulación y afectación nerviosa en los miembros, intentando estar alerta ante la aparición de síndrome compartimental.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO:

Para ello debemos tener presente 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, masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores, traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.

En el manejo hospitalario debemos preguntar si el paciente consume drogas, padece de epilepsia, cardiopatía isquémica, entre otras enfermedades, así también valorar el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación: Apnea, disnea, taquipnea (atención al uso de músculos accesorios). Cuerpo extraño en vía aérea. Traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO:

Esto no es mas que introducir un tóxico en el organismo ya sea de forma intencionada ó accidental. Su clasificación es Accidental: Laboral, doméstica. Iatrogénica. Intencional: drogas, alcohol, autolisis. Para ello debemos evaluar gravedad del paciente, e iniciar tratamiento específico, y realizar una anamnesis al paciente, debemos explorar el nivel de conciencia, coloración, sudoración, lesiones en cavidad oral, así también vigilar, hipotensión, hidratación, coma, convulsiones,

Dependiendo las vías de entradas se realizara el cuidado si fue vía parenteral realizar un torniquete, vía ocular lavar durante 15-30 minutos y si fue por vía cutánea se debe retirar la ropa y lavar.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA: Las intoxicaciones por psicofármacos son las más comunes, ya que la intencionalidad que presomina es el intento de suicidio. Si se han perdido los reflejos faríngeos, la descontaminación selectiva debe hacerse intubando al paciente). aquí existen varios tipos de intoxicación y cada una con un cierto porcentaje de medicamento por ejemplo: Paracetamol la dosis tóxica es 200 mg/Kg (150 mg/Kg en niños); 7,5 gr en sangre. 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. Digoxina. se considera dosis tóxica 0,05 mg/Kg (concentraciones en sangre >2 ng/ml). Y cada uno tiene un cierto tratamiento que se debe seguir al pie de la letra para si poder mejorar la salud del paciente.

CONCLUSION

Como pudimos ver este ensayo nos hablo desde un fenomeno natural hasta enfermedades causadas por las mismas personas y en cada uno de ellos pudimos notar como el personal de enfermería con ayuda de los familiares calman el dolor y ayudan a mejorar la salud del paciente. Sin duda alguna enfermería esta en todos lados y es la mano derecha de los medicos porque son quienes ingresan al paciente , realizan la anamnesi, ayudan el cirugia y cuidan de la recuperacion del paciente y este ensayo nos hablo de muchos temas en los cuales podemos aprender a ayudar a las personas y que medicamentos debemos darles, asi tambien de la union ante cualquier situacion y mas que nada el trabajo en equipo para lograr las cosas.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y COMPLEMENTARIA:

- 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.
- m, rivas, manual de urgencias, mc graw hill, 2015.
- gustavo malagón-londoño, manejo integral de urgencias, mc graw hill.