



**Mi Universidad**

## **MAPA CONCEPTUAL**

**NOMBRE DEL ALUMNO: MELIDA YADIRA VELAZQUEZ  
GONZALEZ**

**TEMA: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VICTIMAS**

**PARCIAL: 1° MODULO**

**MATERIA: ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y DESASTRES**

**NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ  
GARCIA**

**LICENCIATURA: LIC. ENFERMERIA**

**CUATRIMESTRE: 7° "B"**

## INTRODUCCIÓN

Si bien sabemos, la palabra atención da por referido al proceso por el cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas entre posibles. La atención también se llama vigilancia.

Es así como podemos reflejar los temas más importantes sobre las atenciones que un enfermero brinda, dado a que los pacientes llegan con distintas patologías, y que con base a ello podemos brindarle atenciones y cuidados a su mejora.

## CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LAS CATÁSTROFES NATURALES

El término desastre natural hace referencia a las enormes pérdidas materiales y vidas humanas ocasionadas por eventos o fenómenos naturales, como terremotos, inundaciones, tsunamis, deslizamientos de tierra, entre otros. Por ello se dice que se consideran desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción del hombre.

Por otro lado, según la SEMARNAT, los desastres naturales han aumentado en gran medida durante la última década, lo cual ha repercutido en un incremento significativo de las víctimas y de los daños materiales.

La gravedad de un desastre se mide en pérdidas de vidas, pérdidas económicas, y la capacidad de la población para la reconstrucción. Los eventos que se producen en zonas despobladas no se consideran desastres. Así, una inundación en una isla desierta no contaría como un desastre, pero a una inundación en una zona poblada se le llama desastre natural.

Los desastres naturales que realmente afectan a las personas en todo el mundo tienden a ser más intensos a medida que pasan los años. La frecuencia de los terremotos, mega tormentas y olas de calor han aumentado considerablemente en las últimas décadas. La densidad de población en las áreas que se encuentran afectadas por las inundaciones, los ciclones y huracanes hace que, de hecho, se pierdan más vidas. En algunas zonas, la población está poco preparada para la eventualidad de desastres, y los refugios se construyen para los huracanes y tornados, sin embargo, la pérdida de la propiedad sigue siendo un problema, y la predicción de muchos de los distintos desastres naturales no es tarea fácil.

Todos los desastres naturales causan pérdidas de alguna u otra manera. Dependiendo de la gravedad, cualquier número de vidas pueden perderse debido a los desastres naturales. La caída de edificios o árboles, la congelación, ser arrastrados por avalanchas o los golpes

de calor, son sólo algunos de los efectos mortales de tales desastres. Algunos desastres causan más pérdidas de vidas humanas que otros, y la densidad de población afecta a la cifra de muertos también. Luego está la pérdida de la propiedad que afecta a sectores de la población, transporte, medios de subsistencia y medios de vida. Los campos saturados de agua salada después de tsunamis tardan años para poderse cultivar de nuevo. Las casas destruidas por las inundaciones, huracanes, ciclones, deslizamientos de tierra y avalanchas, erupciones volcánicas o un terremoto, a menudo quedan irreparables, o toman mucho tiempo para convertirse en habitables de nuevo. Los artículos de uso personal, objetos, vehículos, y documentos también son destruidos después de muchos desastres naturales.

No obstante, es así como vemos que se clasifica de la siguiente manera: los desastres se dividen generalmente, de acuerdo a sus causas, en dos categorías; los naturales y los que son provocados por el hombre.

Los desastres naturales incluyen los tipos siguientes:

- Desastres meteorológicos: ciclones, tifones, huracanes, tornados, granizadas, tormentas de nieve y sequías
- Desastres topográficos: deslizamientos de tierra, avalanchas, deslizamientos de lodo e inundaciones
- Desastres que se originan en planos subterráneos: sismos, erupciones volcánicas y tsunamis (olas nacidas de sismos oceánicos)
- desastres biológicos: epidemias de enfermedades contagiosas y plagas de insectos (langostas)

Los desastres provocados por el hombre incluyen:

- Guerras: guerras convencionales (bombardeo, bloqueo y sitio) y guerras no convencionales (con armas nucleares, químicas y biológicas)
- Desastres civiles: motines y manifestaciones públicas
- Accidentes: en transportes (aviones, camiones, automóviles, trenes y barcos); colapso de estructuras (edificios, puentes, presas, minas y otras); explosiones; incendios; químicos (desechos tóxicos y contaminación); y biológicos (de salubridad)

Con la información ya presentada sobre la clasificación, no pretende ser tan completa del todo, dado a que la diferencia de desastres naturales y los que son provocados por el hombre, siempre queda clara (así, un sismo puede hacer que se derrumben edificios y una inundación puede provenir de la falla de una presa); además, este resumen no refleja la reacción en cadena ni los efectos acumulativos que a veces surgen en un desastre mayor.

Skeet nos ha proporcionado un ejemplo de los efectos acumulativos de un desastre mayor ocurrido en noviembre de 1970, cuando un ciclón, seguido de una enorme marejada, abatió la porción oriental de Pakistán en la costa de la bahía de Bengala. El impacto de la marejada y la inundación subsecuente produjeron una grave destrucción. Murieron unas 500 000 personas, la mayor parte del ganado se ahogó, se destruyeron las cosechas, se deterioró el suelo, y las fuentes de suministro de agua quedaron contaminadas.

Las exigencias impuestas a la sociedad pakistání como resultado del desastre, surgieron en un momento en que habla un extraordinario descontento en el país, debido a las influencias políticas, económicas y administrativas que en ese territorio ejercía la porción occidental de Pakistán. Los disturbios civiles que siguieron a la declaración del nuevo Estado de Bangladesh, en marzo de 1971, obligaron a unos 10 millones de personas a emigrar hacia la India, principalmente alrededor de Calcuta, en donde recibieron alimentación y albergue en campamentos coordinados por diversas organizaciones de voluntarios. La sobrepoblación y las pobres condiciones de salubridad ocasionaron brotes de cólera, lo cual se sumó a los demás problemas.

Conforme empeoraron los disturbios civiles en Bangladesh, la administración se tornó ineficaz, la economía casi se desplomó y las comunicaciones se dificultaron. Los factores anteriores y las pocas lluvias de monzón hicieron que la hambruna se propagara por todo el país. Las operaciones de auxilio para ayudar a las víctimas del ciclón se interrumpieron temporalmente en diciembre de 1971, cuando el gobierno de la India envió su ejército a Bangladesh para apoyar a los que luchaban por la libertad local. La guerra fue sangrienta e intensamente destructiva, produciendo un número muy alto de heridos que requerían de cirugía, así como la destrucción de carreteras, puentes y líneas férreas estratégicas. La guerra también dejó otro problema grave: unas 750 000 personas no bengalíes que habían estado a lado de la antigua administración de Pakistán Occidental, necesitaban urgentemente alimentos, albergue y ropas.

Los efectos combinados del desastre y la guerra, de noviembre de 1970 a enero de 1972, han afectado a toda la población de Bangladesh, unos 75 millones de personas. Más tarde, diversos gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, la Cruz Roja Internacional y otras organizaciones montaron una de las operaciones de socorro más grandes desde la Segunda Guerra Mundial.

## ORGANIZACIÓN GENERAL ANTE LAS CATÁSTROFES Y DESASTRES NATURALES.

Basada principalmente en las medidas para la protección de la población y Para ciclones tropicales y hidrometeorológicos economía. otros eventos extremos.



Las organizaciones que participa en ello son: Centro Nacional de Desastres de México (CENAPRED). México Gubernamental. Comité de la Cruz Roja (CICR) (CICR) Organización no Gubernamental. Coordinación Protección Civil - SEGOB. Gubernamental. El Consejo Social de las Naciones



participa en Prevención de

Internacional Venezuela,

General de México, Económico y

Unidas (ECOSOC), Antigua and Barbuda, Intergubernamental. Instituto Nacional de Ecología (INE), México, Gubernamental. Proyecto Mesoamericano - Honduras, República Dominicana, Intergubernamental. Redes de Gestión y Adaptación al Cambio Climático,

México, ONG Organización no Gubernamental. Secretaría de gobernación, dirección general del fondo de desastres naturales, México, Gubernamental.

A continuación, compartiré 5 medidas de prevención:

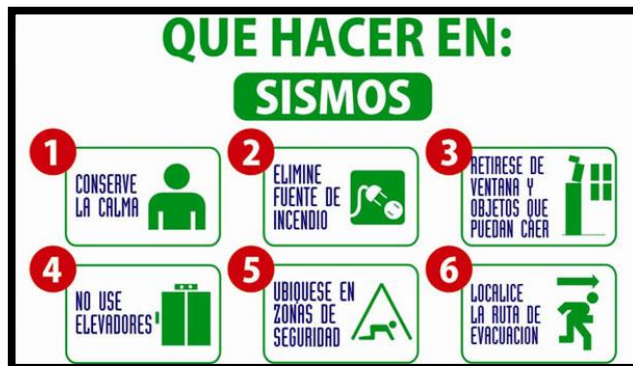
Arma un plan familiar. Platica con los habitantes de la casa sobre qué tipo de desastres pueden ocurrir en el lugar donde viven. Establezcan reglas para sobrellevar la situación de emergencia, como no gritar, no alterarse, no correr. Designen a una persona para que se convierta en cabeza del grupo y verifique que todo se lleve a cabo conforme a lo planeado. Definan un punto de encuentro cercano a su hogar en caso de que tuvieran que separarse.

Identifica las áreas seguras de tu casa. En muchas ocasiones, desastres naturales como los temblores no dan oportunidad a las personas de salir de sus viviendas, por lo que se deben tener bien identificados los puntos seguros de la misma, tales como los marcos de las puertas, muebles fuertes y robustos para protegerse, los pilares de la construcción y el centro del jardín. Además, es conveniente mantenerse alejados de las ventanas, así como de objetos o muebles que puedan caer encima.

Ten a la mano documentos importantes. Guarda en un folder todos aquellos documentos que sean difíciles de recuperar, como actas de nacimiento, pasaportes, credenciales para votar, escrituras de la vivienda, entre otros. Cubre bien el folder con una bolsa de plástico para que no se dañen los papeles. Procura tener también bien ubicados los objetos de valor y tarjetas de crédito por si tienen que evacuar la casa o departamento.

Prepara un kit de supervivencia. En una mochila o maleta, guarda herramientas como lámpara, pilas, un radio portátil, además de algunos víveres: agua, barras nutritivas y productos enlatados. Incluye también un botiquín de primeros auxilios con alcohol, algodón, analgésicos y medicamentos que tome con regularidad algún integrante de la familia, así como artículos de aseo personal: papel higiénico y jabón.

Cierra y apaga todos los servicios de la casa. En caso de sismo, cierra inmediatamente las llaves del gas y aparatos estén encendidos mayores peligros. desalojar tu verifica que todas fuentes de energía apagadas: agua, además de cerrar puertas de tu



desconecta los electrónicos que para evitar Si tienes que vivienda, las llaves y estén gas y luz, muy bien las propiedad.

Preparativos: •

planes de las instituciones y organismos que participan en el enfrentamiento a los incendios de grandes proporciones en áreas rurales, haciendo las comprobaciones sistemáticas a la documentación, medios y personal disponible con estos fines. • Control al estado, situación y posibilidades de los medios para la respuesta a todos los niveles. • Preparar al personal previsto a participar en las acciones de respuesta, así como a la población y trabajadores

Puntualizar los

que residen o trabajan en áreas de mayor peligro, haciendo hincapié en las medidas para evitarlos y las acciones en caso de surgimiento.

## VALORACIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATÁSTROFES NATURALES.

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.

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.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves. Se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y/o constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado en el que peligrasen sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias. En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente.

Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados en el S.I.E., para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado. El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona.

Deben existir Hojas de Enfermería que acompañen al paciente, donde la información de los cuidados se vea reflejada para poder evaluar constantemente sus resultados, optimizar y coordinar nuestros esfuerzos, para poder dar una mayor calidad a nuestros clientes / pacientes, cubriendo mejor sus necesidades. El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados

deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbimortalidad de los primeros momentos y posteriores.

Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio. Esto es el ¿respira?, ¿tiene pulso?, collarín cervical y oxigenoterapia, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación. Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible. También valoraremos el color de la piel, relleno capilar, tamaño pupilar y su respuesta a la luz, así como el nivel de conciencia.

Esta primera fase se denomina valoración 1ª. En ella se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregir estos de forma precisa e inmediata. Es el ABC:

- A.- Control de vía aérea y control cervical.
- B.- Respiración.
- C.- Circulación con control de hemorragia.
- D.- Discapacidad. -Estado neurológico.
- E.- Exposición / Entorno.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

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.

Se puede considerar a las quemaduras como lesiones traumáticas en la piel que tiene gran importancia porque pueden causar daños físicos y psicológicos en quien las sufre. Se producen principalmente por calor o radiación, electricidad, radioactividad o contacto con productos químicos, siendo los accidentes domésticos, de tráfico y laborales sus principales causas. Podemos hacer la siguiente clasificación de las quemaduras:

- Según la profundidad:
  - A- De primer grado: Afectación epidermis. Presentan eritema, dolor, curación espontánea en 5 días. No producen secuelas permanentes.
  - B- De segundo grado: Epidermis y dermis papilar. Presentan ampollas, edema y exudado. Dolor muy intenso. Cicatriz en 5-21 días.
  - C- De segundo grado profundo: Epidermis y dermis reticular. Flictenas rotas. Sensibilidad disminuida. Cicatrización en tiempo superior a 3 semanas.
  - D- De tercer grado: Hipodermis. Destrucción completa de piel y dermis. Necesita injerto, no es posible la cicatrización.
- Según la extensión:
  - A- la regla de los 9 de Wallace: Se usa para calcular la extensión cutánea quemada, dividiendo las zonas del cuerpo en áreas equivalentes al 9%
  - Cabeza 9%.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO

Un ahogamiento se produce tras un episodio de inmersión de la víctima. Esta situación puede provocar la muerte inmediatamente o incluso antes de las primeras 24 horas, debido a complicaciones derivadas del ataque hipóxico. La fisiología del ahogamiento es diferente si se produce en agua dulce o salada, aunque ambas situaciones conducen a hipoxemia. Si el ahogamiento se produce en agua dulce, altera el surfactante, lo que produce atelectasia y en último término edema pulmonar; el agua salada induce movimiento de líquido a favor del gradiente osmótico, lo que produce inundación de los alveolos por plasma rico en proteínas y edema pulmonar.

Un ahogamiento se produce tras un episodio de inmersión de la víctima. Esta situación puede provocar la muerte inmediatamente o incluso antes de las primeras 24 horas, debido a complicaciones derivadas del ataque hipóxico. Los niños menores de 4 años presentan mayor incidencia de accidentes en piscinas, bañeras o lagos. En cambio, los adolescentes sufren ahogamientos en situaciones relacionadas con la ingesta de alcohol, siendo más prevalente en los varones.

Entre los indicadores clínicos de mal pronóstico se encuentran: Menores de 3 años; Tiempo de inmersión superior a los 5 minutos; No se han llevado a cabo medidas de soporte vital básico (SVB) durante al menos 10 minutos después del rescate; Presencia de convulsiones, pupilas fijas y dilatadas, postura descerebrada, extremidades flácidas y coma; Puntuaciones inferiores a 5 en la escala de coma Glasgow se asocia con elevados índices de mortalidad, puntuaciones superiores a 6 se asocian con probable ausencia de secuelas; PH arterial 7,10 ó inferior; Glucemia inicial de 200 mg/dl o superior. Las complicaciones más comunes que suelen presentar son: neumonía por aspiración, necrosis tubular aguda e insuficiencia renal, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, paro cardiorrespiratorio; lesión de la medula espinal, complicaciones de la reanimación in situ, como neumotórax, coagulación intravascular diseminada.

### MEDIDAS DE ACTUACIÓN INMEDIATA

Las medidas de reanimación inmediata llevadas a cabo de un modo efectivo mejoran notablemente el pronóstico del niño.

- Imprescindible estabilizar la vía aérea buscando la permeabilidad de la misma en primer lugar, eliminando cualquier material extraño existente, manteniendo la ventilación y la administración de oxigenoterapia y líquidos.
- Especial atención si presenta traumatismo craneal y lesiones a nivel cervical, hipotermia y barotrauma.
- Adecuada inmovilización del cuello durante toda asistencia y traslado a centro hospitalario.
- Tratar las complicaciones que puedan surgir, derivadas del pulmón, o del edema cerebral secundario a ataque hipóxico.
- Control y vigilancia de constantes vitales, así como, control de la temperatura.

### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO

- Estabilizar, controlar y medidas de mantenimiento:



- Preparación del material y mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea. La aseguraremos retirando prótesis dentales o hipotéticamente cuerpos extraños de la cavidad bucal, evitando la caída lingual con un tubo de mayo adaptado a cada paciente, colocando el intoxicado en decúbito izquierdo y ligero Trendelenburg (posición de coma), no administrando ninguna sustancia vía oral, aspirando secreciones y por último intubando al paciente. La intubación no debe ser sistemática, sino que depende de la valoración del estado de coma y de la presencia de reflejos faríngeos defensivos. Ante la duda, siempre es mejor intubar al intoxicado, aunque se precise de un relajante muscular, ya que es la única medida capaz de evitar la bronco aspiración.
- Control de constantes. Monitorización del paciente. Hay que valorar tensión arterial, frecuencia cardíaca, E.C.G. correlacionándolos con signos de mala perfusión tisular: desorientación, depresión del nivel de conciencia, vasoconstricción periférica con frialdad, sudoración, pulso capilar, taquicardia, oliguria y acidosis metabólica.
- Canalización de vía endovenosa. A ser posible de grueso calibre. (16G o 18G)
- Administración de medicación.
- Medidas para aumentar la diuresis.
  - Depuración renal. Se puede aplicar en aquellas intoxicaciones por tóxicos que se eliminan por orina y que estén parcialmente ionizadas en solución. Evidentemente no se puede aplicar en situaciones de insuficiencia renal, o en situaciones de riesgo de edema agudo de pulmón.

- Depuración extrarrenal si fuese necesario. Existen diferentes técnicas de depuración extrarrenal, que tienen diferentes indicaciones en el tratamiento toxicológico:
- Diálisis peritoneal. No tiene indicaciones de tratamiento en toxicología.
- Hemoperfusión. Su uso se ha ido restringiendo cada vez más, hasta su práctico abandono en la mayor parte de las unidades.
- Hemodiálisis. Las principales indicaciones son las intoxicaciones por metanol, etilenglicol, salicilatos, litio, fenobarbital, bromo, paraquat.
- Hemofiltración, hemodiafiltración. El papel de estas técnicas todavía es discutido en el campo de la toxicología
- Plasmaféresis y exanguinotrasfusión. Su uso es muy restringido.
- Descontaminación
  - Ocular. Si el contacto se produjese con sustancias químicas irritantes se debe realizar irrigación ocular continua durante 15-20 minutos. Si se produce con álcalis se debe realizar con agua o suero fisiológico durante más tiempo hasta conseguir un pH de 7. No se debe neutralizar nunca el tóxico
  - Gastrointestinal. Por vía digestiva se producen el mayor número de intoxicaciones (70%). Para prevenir o intentar disminuir la absorción del tóxico podemos recurrir a diferentes técnicas:
    - Vaciado gástrico. Únicamente se debe utilizar con agentes tóxicos peligrosos, en cantidades importantes y durante las tres primeras horas tras la ingesta. En caso de que el tóxico sea colinérgico, antidepresivos tricíclicos o fenotiazinas se debe realizar hasta las seis primeras horas. Esta técnica está contraindicada en la ingesta de cáusticos, derivados del petróleo, lesiones esofágicas y coma. El

vaciado gástrico se puede realizar mediante la administración de eméticos como el Jarabe de Ipecacuana, pero siempre en pacientes conscientes y alerta. Induce al vómito en 15-30 minutos y reduce la absorción en un 30%. También se puede usar Apomorfina como agente emético, administrando por vía IM o subcutánea. Su uso se considera obsoleto.

- Lavado gástrico. Aplicado dos horas después de la ingesta su eficacia es dudosa y presenta riesgo de aspiración. Se realiza con sonda orogástrica de gran calibre y el paciente en decúbito lateral izquierdo. Existen en los hospitales materiales especialmente diseñado para ello. Se introducen 250 ml de suero fisiológico caliente, drenando a continuación a bolsa. Se repite hasta que el retorno sea claro. En caso de pacientes en coma, se procederá de la misma manera, pero con el paciente intubado (vía aérea aislada).
- El lavado gástrico no debería emplearse de forma rutinaria en el tratamiento de los pacientes intoxicados.
- Carbón activado. Aparte del vaciado gástrico (emesis o lavado ya descritos) la administración de carbón activado constituye una alternativa (o un complemento en el caso del lavado gástrico) para cesar o disminuir la absorción del tóxico. El carbón actúa no como neutralizante, sino como adsorbente de la mayoría de sustancias tóxicas, pudiendo considerarse como un adsorbente prácticamente universal, eficaz, inocuo y económico. Hay muy pocos tóxicos que no sean adsorbidos por el carbón activado, es decir no es útil en: álcalis, alcoholes, cianuro, litio, sulfato ferroso, carbonatos y ácidos minerales.
- El carbón activado está constituido por un polvo finísimo, extraordinariamente poroso, formado por una verdadera red de caras o superficies internas cuya sanación carilla a carilla equivale a casi 1.000 m<sup>2</sup> por gramo de carbón. Se

administra por vía oral o por sonda nasogástrica. Dosis de 1 mg/Kg diluido en unos 250 ml de agua o sorbitol. Reduce la absorción en un 50 %.

- Catárticos: Aceleran la motilidad intestinal y con ello acortan el tiempo de absorción del tóxico. Su utilidad es limitada, Su utilización está indicada siempre en conjunto con la administración de carbón activado, ya que contrarresta el estreñimiento provocado por éste. Son catárticos el sorbitol, sulfato de magnesio, citrato de magnesio.
- Inducción al vómito: El papel de jarabe de ipecacuana es el tratamiento intoxicado ha disminuido significativamente en los últimos años. Presenta numerosas contraindicaciones y complicaciones.

## CONCLUSIÓN

Como ya vimos, todo lo que se ve a diario son acontecimientos que debemos tener mucho cuidado, lo principal es que tengamos en cuenta sobre los desastres naturales, dado a que cada día podemos encontrarnos con uno de ellos, ya que en varias ocasiones sufrimos de accidentes.

En cada cosa que hagamos o realicemos debemos tener mucha precaución. Los cuidados para cada accidente deben ser específicos y cuidadosos, dado a que, si en algo se falla, el error será muy grave. Es así como llegamos a la conclusión de decir seamos cuidados como personas para cuidar nuestra salud y como personal de enfermería tengamos en cuenta que debemos saber lo que hacemos, ser muy cuidadosos, cuidar y brindar las mejores atenciones a nuestro paciente.

Ante todo, la población sufre y carece de algunas atenciones médicas y alimentación, ya que el país o el estado sufre de economía, los recursos no son lo suficiente como para poder recibir algún tratamiento o cuidados médicos. Debemos tomar en cuenta que nuestra labor debe ser fundamental, ayudar a los que más lo requieren. No dando diferencia alguna, se mencionó anteriormente que hay cosas que el hombre provoca y uno de ellos son las guerras, sabemos muy bien que todo esto arma un gran caos, donde los médicos, enfermeros, etc. Salen y ayudan a la población y a personales del ejército. Estar en una situación así es muy complicado, por lo que se debe saber contar con la capacidad de saber cómo brindar atención y como cuidar a los pacientes que ingresen con patologías

distintas. No estamos en una guerra y esperemos que no lleguemos a tal grado, pero debemos estar preparados para cualquier situación que se nos presente.

## BIBLIOGRAFÍA

Antología de enfermería en urgencias y desastres, paginas... 19-85

<http://www.areasaludplascencia.es/wasp/pdfs/7/711105.pdf>

[http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/384/html\\_2](http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/384/html_2)

<https://www.salusplay.com/blog/cuidados-generales-enfermeria-paciente-intoxicado/>