



**Mi Universidad**

## **ENSAYO**

**NOMBRE DEL ALUMNO:** BEATRIZ LOURDES VELAQUEZ  
GONZALEZ

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

**PARCIAL:** PRIMERO

**MATERIA:** ENFERNERIA EN URGENCIAS Y DESASTRE

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

**LICENCIATURA:** ENFERNERIA

**CUATRIMESTRE:** SEPTIMO

## **Introduccion**

Como personal de enfermeria es de gran importancia saber acerca de las atenciones de enfermeria a multiples victimas, se trara de una actuacion en algunos casos en accidentes o un paciente quemado, en la manera que una debe actuar durante esos casos, ya que permite obtener conocimientos que requieren ser sistematizados para ser utilizados en la práctica diaria, lo cual veremos a continuación en los temas. Como personal sanitario debemos de actuar rapidamente y enfocarnos mas en lo que son los cuidados a pacientes.

También Como personal de salud tenemos que tener en cuenta que nuestro desempeño profesional y su estricta disciplina son también la llave de la seguridad para disminuir los riesgos en los pacientes quemados (tenemos que ver su extensión, profundidad, agente causal y su gravedad) o accidentados (disminuyendo su dolor en alguna fractura, alteración de músculos), así poder aumentar el nivel de salud, y poderle brindar los cuidados, y los medicamentos correctos que se le aplicaran.

En el presente trabajo tiene como objetivo fundamental; conocer más sobre cómo cuidar a un paciente, aprendizaje, el desarrollo de pensamiento crítico y creativo, aprender bien las técnicas para poder hacer bien nuestro trabajo, habilidades para cuidar del paciente en caso de quemaduras, dependiendo del agente causal, ya que las quemaduras ahí nivel leves, quemaduras graves, dependiendo de eso se debe actuar rapidamente. Las quemaduras por lo regular son localizadas por el cráneo, cara, cuello, axilas, manos, área genital y pliegues de flexo- extensión, en estos casos se precisan la atención inmediata de un cirujano plástico para poder atenderlo rapidamente al paciente. Luego brindar los cuidados de enfermería a pacientes y actuar rapidamente y asi poder aumentar su nivel de salud durante los días que pase en el hospital o clínica, y poder brindarle ayuda al paciente.

## Desarrollo

### Atención de enfermería a múltiples víctimas

**Concepto y clasificación de las catástrofes naturales:** los desastres naturales son producidos por la acción directa del hombre.

Lo cual tiene una clarificación que es:

Meteorológicos: aquí entran lo que son ciclos y huracanes tropicales (vientos; que pueden llegar hasta más de 200 Km por hora, las rachas de 2 a 3 segundos, penetraciones del mar; domo de agua que alcanza 7 metros de altura y tener 80-160 Km de ancho, lluvias intensas; intensidad del ciclo tropical). Lo cual puede haber efectos adversos típicos que son: daños físicos (las pérdidas y daños de estructura), víctimas (causada por derrumbes, inundación), comunicación y logística (los vientos derriban las líneas telefónicas). Las medidas que debemos tomar son: tendremos preparada una serie de tablas que nos permitan tapiar las ventanas, eliminar tipos de objetos que puedan ser arrastrados por el viento (masetas, adornos).

Tormentas eléctricas: son muy peligrosas y todas producen rayos. Los rayos pueden llegar al suelo y causar incendios forestales, las personas a quienes les ha caído un rayo presentan una variedad de síntomas debilitantes y de largo plazo. Las características de las tormentas eléctricas son; producen lluvias fuertes durante un período breve que puede variar entre 30 minutos, puede ocurrir uno por uno o en grupos, y características de los rayos; caen cuando no está lloviendo fuertemente, ya que puede ocurrir hasta 10 km, la mayoría de las muertes y lesiones debidas a rayos ocurren cuando la gente está afuera, en los meses de verano, durante la tarde. Debemos de tomar medidas preventivas como: evitar las actividades en exteriores, quitar ramas cecacas que puedan caer sobre las casas, asegurar objetos que se encuentran en el exterior.

Inundación: estos aparecen como consecuencia de varios fenómenos pueden ser inundaciones fluviales de lento desarrollo, a veces durante un plazo de días, a menudo las inundaciones repentinas tienen una pared peligrosa de agua rugiente que arrastra una carga mortal de rocas, árboles, lodo, que afectan a un vecindario, una comunidad o de gran tamaño que afectan las riberas completas de los ríos y a grandes extensiones de tierra.

Desastres geomorfológicos geológicos, sismos, terremotos: son movimientos bruscos que realiza la tierra causado por la súbita liberación de energía acumulada durante un largo

tiempo, las causas son los movimientos bruscos de la placa tectónica que conforma la corteza terrestre, o por un volcán en proceso de erupción, la medición de los terremotos se realiza a través de un instrumento llamado sismógrafo ya que nos informa la magnitud y duración. Los terremotos pueden causar efectos adversos típicos como: daños físicos, víctimas, salud pública, lo cual debemos tomar medidas preventivas como: mantener la vivienda o el edificio en buen estado, guardar los documentos importantes en una caja de seguridad, asegurar al suelo o paredes.

Tsunamis o maremotos: los tsunamis son por los movimientos de las placas tectónicas, deslizamiento de tierra en el fondo marino o un desplazamiento de tierra sobre el agua, pero que luego se sumerge en ella, ya que su movimiento es de hasta 800 Km. Por hora en la profundidad del océano, algunos efectos adversos típicos son; los daños físicos, víctimas y salud pública, cosechas y suministro de alimentos, algunas medidas que reduzcan el riesgo son; construcción de barreras, educación de la comunidad, establecimiento de sistemas de aviso temprano.

Volcanes: son originados por el impulso ascendente de magma, ya que son causados por la presión y efervescencia de los gases disueltos, los volcanes pueden ser tipo; cono de ceniza, volcanes de escudo, volcanes mixtos y cúpula de lava, el volcán de lava puede provocar incendios en las zonas montañosas, bosques naturales, pastos, lo cual los incendios provocan grandes pérdidas económicas, degradación de suelo.

Ola de calor: esta puede causar daños a la salud, las altas temperaturas pueden dañar a los ancianos y personas que padecen trastorno crónico, especialmente de tipo respiratorio o cardiocirculatorio, para poder prevenir: beber suficiente agua, disponer de cremas solares de protección.

Parámetros y plazos para el establecimiento de las fases: se establecerán las fases informativas, alerta y alarma, con el objetivo de ejecutar las medidas de protección de la población y la economía,

Para los ciclones tropicales: se valorarán las características del organismo ciclónico en cuestión, principales medidas, estudios de peligro, evaluación de vulnerabilidad y análisis de riesgo, cumplimiento de los requerimientos impuestos.

**Organización general ante las catástrofes y desastres naturales:** son las principales medidas para proteger a la población, economía, y ciclones tropicales. Alguna

medida preventiva que debemos tener ante estas catástrofes son: determinación las características y los cambios cualitativos y cuantitativos operados en el fondo habitacional que inciden en el grado de vulnerabilidad de cada lugar, se tiene que hacer una, 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, también debe haber un fortalecimiento de los centros de pronósticos. Algunos preparativos que debemos tener son: hacer un análisis de las experiencias que pudiera aportar la población durante el trabajo de puntualización de los planes de medidas, análisis y reajuste periódico de los plazos para el cumplimiento de las medidas de protección, también debe haber una evaluación sistemática de las instalaciones previstas como albergues para evacuados tomando en consideración tipo de construcción más apropiada.

Para las intensas sequias, las medidas que debemos de tomar en esos casos son: la eliminación de los salideros en las conductoras y redes de distribución en beneficio de un óptimo aprovechamiento del recurso, debe haber un cambio en área de siembra de cultivos que requieren mayor volumen de agua, Elaboración de normativas, políticas y otras de carácter legal. Algunos preparativos que debemos tener en cuenta en estas situaciones son: preparar al personal previsto a participar en las acciones de respuesta, así como a la población y trabajadores que residen o trabajan en áreas de mayor peligro, mantener el control de las existencias de agua en los puntos que pueden ser utilizados en los grandes incendios y en plantaciones agrícolas.

### **Valoración de pacientes en emergencias colectivas y catástrofes naturales:**

cómo actuar durante una 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; se trata de rescatar y atender a los afectados, y rehabilitar los servicios públicos básicos, el personal sanitario el objetivo que tiene es: evitar la extinción de la salud sobre la catástrofe, realizar un triage inicial sencillo y rápido, brindar soporte vital básico, evacuar en las mejores condiciones a los pacientes, evacuar a los afectados ordenadamente, proporcionar atención médica definitiva. La atención de victimas en una catástrofe son en dos tiempos la primera es en el punto de impacto (exista un alto nivel de desorganización e improvisación), el segundo es en los puntos de asistencia definitivo (mayor nivel organizativo y con tratamiento de las víctimas de forma individual). El resultado de ambas fases depende del nivel de planificación y organización previamente existente. La actuación que presentara

el personal sanitario está orientada mediante el criterio de simplificación de los actos médicos, para el manejo de las situaciones de catástrofe son:

La dirección de las operaciones: tiene como principales responsabilidades la organización del puesto de mando sanitario, la identificación de los riesgos inmediatos para sus equipos, organización del tráfico de las ambulancias para iniciar la evacuación y comunicaciones ya que es uno de los elementos esenciales en el manejo de una catástrofe, en este caso debe identificarse un coordinador de comunicaciones que reciba y trasmita las instrucciones sanitarias, el coordinador debe estar entrenado para mantener un registro ordenado de todas las actuaciones y conseguir una actuación escalonada de las ayudas en la zona de catástrofe se establecerán tres áreas: área de intervención (zona siniestrada, punto de mayor impacto), área de socorro (área inmediata a la de intervención, en el que se realiza las operaciones), el triage (e tratarán las urgencias extremas con el objetivo de asegurar la vía aérea y controlar las hemorragias externas), también 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, e equipo sanitario es responsable de atender a los heridos, clasificarlos, identificarlos, tratarlos y prepararlos para la evacuación, donde utilizan tarjetas específicas cuyo color(rojo; primera evacuación, corresponde a problemas de respiración, paro cardíaco, pérdida de conciencia, hemorragia abundante, heridas penetrantes, fracturas graves. Verde; quemaduras, quemaduras complicadas con otras lesiones, quemadura de tercer grado, lesiones dorsales, pacientes conscientes con daño cráneo. Amarillo; fractura, lesiones menores, quemaduras, lesiones craneales en las que el tejido cerebral esté expuesto y el paciente esté inconsciente, paciente de 60 años con lesiones mayores. Negra; fallecidos, paciente sin pulso o respiración durante 20 minutos) indica un determinado grado de lesión y una prioridad en la evacuación.

Transporte: son los medios que se utilizan para la evacuación de las víctimas, pueden ser terrestres, aéreos o acuáticos, la elección viene determinada por la distancia hospitalaria, lesiones del paciente, número de heridos y las características geográficas del lugar donde se haya producido el siniestro, hoy en día los más conocidos son las ambulancias ya que acuden al lugar del suceso alertadas por diferentes vías. La atención sanitaria en casos de catástrofe se centrará en la actuación de los técnicos de emergencias, tiene una serie de funciones que debe de cumplir como; 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 también debe tener formación suficiente en soporte vital básico y ser capaz de mantener el primer escalón asistencial, ya que debe tener conocimientos básicos de logística, de conducción en situaciones de emergencia. En situación de catástrofe el material médico es indispensable para garantizar una correcta asistencia en el terreno y durante la evacuación, lo cual garantizar la asistencia y la estabilización de las víctimas, ya que deben de colocarse en cajas, bolsas o mochilas, resistentes, impermeables y apilables, lo cual debe estar ordenada por colores (azul para la vía aérea, rojo para cardiovascular y medicamentos y verde para los apósitos y material diverso).

Durante un accidente de tránsito y, específicamente los de tráfico por carreteras, son un problema de salud pública. Estos pueden estar encarceladas o ser accesibles con facilidad, ya que las lesiones más frecuentes serán heridas diversas, fracturas, amputaciones, aplastamientos, quemaduras cutáneas y respiratorias, e intoxicaciones por inhalación de gases. En personas lesionadas pueden producirse en cualquier tipo de explosión o las lesiones por transmisión del choque en las paredes torácica, abdominal y craneal principalmente que presenta las víctimas: lesiones torácicas y pulmonares como hemorragias intrapulmonares, contusiones pulmonares y miocárdicas, lesiones de la pared alveolar que pueden producir embolias gaseosas cerebrales y coronarias, lesiones auditivas y oculares como rotura timpánica, disminución de agudeza visual o ceguera, ya que estas lesiones pueden ser diferentes dependiendo de las circunstancias en las que se haya producido la explosión, se tendrá que realizar un diagnóstico de presunción en cualquier víctima sometida a los efectos de una explosión, luego un diagnóstico de certeza en la aparición de diversas alteraciones: es posible también diferenciar tres cuadros clínicos; Blast grave (aparece desde un principio y los signos de gravedad son neurológicas, respiratorias), blast aparentemente leve (aparece un fase de latencia), blast con lesiones asociadas (asociación de otras lesiones traumáticas)

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

**Atención de enfermería al paciente politraumatizado:** se refiere a un paciente con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida, en estos casos al paciente se

debe hacer una evaluación primaria y reanimación, se tiene que empezar por identificar y tratar: ABCDE (protocolo Advanced Trauma Life Support del colegio americano de cirujanos), se empezara con: A. vía aérea con control cervical; es la estructuran en maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia, revisión de la cavidad oral y valoración de vía aérea definitiva: intubación; preoxigenar con O<sub>2</sub> al 100%, sedación y relajación o Intubar, inflar el balón y determinar la posición del tubo: auscultación y monitorización de CO<sub>2</sub> o Ventilar, en caso de no intubación: dispositivo bolsa-válvula-máscara. B. ventilación; puede estar comprometida exponer y ver si existe deformidad, auscultar: simetría o no en ambos campos pulmonares, percudir y palmar. C. circulación: durante los datos clínicos nos dan información en segundos como; disminución en la diuresis, alteración en el nivel de conciencia, taquicardia (primer signo de que pueda existir una hemorragia), hipovolémico (pérdida de sangre y líquidos), no hemorrágico (neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco, séptico, neurogénico). D. neurológico (nivel de conciencia), mala oxigenación, mala perfusión cerebral por shock, hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos. E. desvestir con control de la temperatura: paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C, para controlar debemos calentar el ambiente, uso de mantas térmicas, calentar sueros y sangre, para la realización primaria es: monitorización cardíaca, pulsioximetría, capnografía, gasometría arterial, sonda vesical, sonda nasogástrica, Radiografías y estudios diagnósticos.

Se realizara una revisión desde la cabeza a los pies primero empezaremos en la cabeza con examinar cuero cabelludo si existe lesiones, estructura maxilofaciales, luego con la columna cervical y cuello sospecha de lesiones de columna cervical asta mostrar lo contrario y por encima de las clavículas, tórax, abdomen empezaremos con una exploración inicial normal, pero un paciente hipotensos debe realizarse ecografía abdominal, periné, recto, vagina, sistema musculoesquelético se realiza palpando buscando fracturas ocultas y por último la evaluación neurológicas primero reevaluaremos el estado de conciencia y las pupilas realizando posteriormente un examen neurológico más completo motoras de las extremidades, funciones sensitivas. En la evaluación secundaria se realizan todas las radiografías que se necesitan según las lesiones del paciente. También en la reevaluación continua del paciente permite detectar tantas lesiones como cambios en los signos vitales que nos indican que el tratamiento no ha sido efectivo. Para el tratamiento una vez ya identificado las lesiones, estableceremos su tratamiento definitivo: técnicas quirúrgicas,

coordinación de los diferentes especialistas o traslado a otro centro especializado, su tratamiento sería:

Mantenimiento y control de la vía aérea: primer objetivo; limpiar la boca y la orofaringe de sangre, dientes rotos; obstrucción nasal (ocupación por sangre, que deberá ser tratada con aspiración), obstrucción a nivel orofaríngeo (colocar la mandíbula en protrusión y traccionar hacia delante la lengua mediante pinzas, suturas), obstrucción a nivel laríngeo (precisar una cricotirotomía)

Control de la hemorragia: todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias, actuación ante hemorragia del tercio medio facial; la mayoría ceden espontáneamente o con taponamiento nasal, si se precisa transfusión de más de 2 unidades de sangre o el hematocrito permanece por debajo de 29, es preciso una arteriografía.

Aspiración: colocación de una sonda nasogástrica está contraindicada si se sospecha fractura de la lámina cribosa del etmoides por el riesgo de insertarla intracraneal.

**Atención de enfermería a pacientes quemados:** tenemos que tener presente que la quemadura constituye una lesión traumática grave, debido a la pérdida de piel, alteraciones fisiopatológicas que ocurren en su organismo, el dolor, para el paciente es importante una primera atención adecuada. Su clasificación de las quemaduras es:

Extensión: se realiza exclusivamente en las quemaduras de segundo y tercer grado, 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%, es el método que debería de utilizarse para el cálculo de la superficie quemada en menores de 10 años.

Profundidad: destrucción de la capa más superficial de la piel, presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo.

Profundas: el fondo es moteado con áreas eritematosas y otras nacaradas, no forman ampollas, son exudativas y un marcado aspecto rojizo, son muy dolorosas, la curación se produce a los 20 días, existen riesgos de cicatriz, sobrepasan el espacio dermoepidérmico y dañan estructuras subyacentes.

Agente causal: es más frecuente la quemadura de fuego, Las quemaduras de FLASH es producidas por una breve e intensa exposición a la fuente de calor, que suele ser provocada por ignición

Gravedad: determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas al paciente, se han relacionado más directamente con la mortalidad del paciente: la extensión de la superficie quemada y la edad.

**La evolución del paciente quemado:** ABC. Examen general, historia clínica completa: Agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos, examen de la quemadura (ver esquema): Permite determinar la gravedad de la quemadura, Pruebas complementarias que debemos solicitar en las quemaduras graves (bioquímica: urea, creatinina, iones, glucosa, amilasa, CPK, gasometría con carboxihemoglobina, orina y sedimento, Rx tórax y electrocardiograma en quemaduras eléctricas.

### **Manejo de las quemaduras:**

Tratamiento de las quemaduras leves: enfriamiento con agua durante 15-20 minutos, limpieza con agua y jabón de glicerina, desbridamiento de las zonas necróticas y flictenas rotas, retirar la flictena si el contenido era turbio o existía riesgo de que se rompiera, la sulfadiacina argéntica, se aplica capa de 1-3 mm de espesor y se realiza oclusión con gasa vaselinizada que no provoque daño mecánico, as curas tópicas se realizan cada 12-24 horas salvo si existe afectación facial, elevación de las áreas afectadas, por ultimo la vacunación antitetánica.

Tratamiento de las quemaduras graves: detener el proceso de la quemadura quitando la ropa, lavar las áreas que entraron en contacto con el producto químico, observar lo que produjo la quemadura, se administrará oxigenoterapia bien por mascarilla tipo Venturi al 50% o por mascarilla tipo reservorio al 100%, ya que no debe realizarse una traqueotomía de urgencia, canalizar vía venosa de gran calibre, la cantidad de liquido que se administrara será de acuerdo a la fórmula de Parkland: adultos:  $4 \text{ ml de Ringer lactato} \times \text{Kg. Peso} \times \% \text{ STQ}$ , niños:  $3 \text{ ml de Ringer lactato} \times \text{Kg. Peso} \times \% \text{ STQ}$ , la mitad de las necesidades se administrarán en las primeras 8 horas y la otra mitad en las 16 horas siguientes. Cuando el paciente tiene náuseas sondaje vesical, analgesia. Cuando las quemaduras son profundas abarcan toda la circunferencia (cuello, miembros superiores, inferiores y pene), puede verse

comprometida la circulación de la zona y causar isquemia distal, es importante vigilar palidez, cianosis, retraso en el relleno capilar, parestesias, pulso débil o imperceptible y dolor profundo.

Tratamiento de las quemaduras en áreas anatómicas específicas: Las lesiones localizadas en cráneo, cara, cuello, axilas, manos, área genital y pliegues de flexo- extensión precisan la atención inmediata de un cirujano plástico.

### **Quemaduras especiales:**

Quemadas químicas: son producidas por ácidos y sus tratamientos es retirar la ropa, lavado abundante con agua durante al menos 30 minutos, se debe realizar lavado abundante con agua y aplicar de manera tópica gel de glucobionato cálcico, el Alquitrán forma una capa adherida a la piel, se debe enfriar inicialmente con agua y posteriormente utilizar aceite mineral, su tratamiento local es como el de una quemadura térmica.

Quemadura eléctrica: son quemaduras térmicas ordinarias y las quemaduras por contacto con un conductor, en este caso se debe valorarse: monitorización electrocardiográfica ante el riesgo de arritmias durante 24 horas, sondaje vesical por el riesgo de fracaso renal secundario a la rabdomiolisis producida por la destrucción tisular, 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**

**Actuación con el paciente ahogado:** hay que tener presente siempre 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, comenzando con la reanimación cardiopulmonar, deberían proporcionar compresiones torácicas a las víctimas de parada cardíaca, también masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores, ontrol de la hipotermia ya que a menor temperatura corporal, menos necesidad de consumo de oxígeno, luego traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación, al llegar al hospital se realizara el manejo a nivel hospitalario:

1. Interrogar pérdida de conciencia previa al ahogamiento: traumatismo, ya que ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín.

2. Exploración física: realizara una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; apnea, disnea, taquipnea, hipertensión arterial, arritmias, alteración neurológicas, una vez valorado y estabilizado en la medida de lo posible por un equipo de emergencias entrenado para realizar el SVA

Tratamiento de la función respiratoria: medidas iniciales de oxigenación con mascarilla de oxígeno con reservorio o la ventilación no invasiva, disminuye el nivel de conciencia debe considerarse la intubación orotraqueal y ventilación precoz, la reanimación precoz y las medidas encaminadas a prevenir complicaciones tardías son fundamentales en el manejo de estos pacientes, que deben ser trasladados lo antes posible al Hospital, hay que reanimar siempre, y prolongar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en las situaciones mencionadas, especialmente en la hipotermia.

**Atención de enfermería al paciente intoxicado:** Síndrome clínico que aparece al introducir un tóxico en el organismo ya sea de forma intencionada (drogas, alcohol, autolisis), accidental (laboral, doméstica, iatrogénica).

Actitud en urgencias ante un paciente intoxicado: evaluar la gravedad del cuadro, evaluación clínica general, iniciar medidas terapéuticas de carácter general, iniciar tratamiento específico después de identificar tóxico implicado

Evaluación clínica. Anamnesis: interrogar al paciente o familiar sobre hábitos tóxicos, intentar identificar tóxico y dosis ingerida, determinar tiempo transcurrido desde la intoxicación, valorar vía de entrada.

Signos tóxicos: convulsiones (anticolinérgicos, narcóticos), bradicardia (teofilina, salicilatos, anticolinérgicos), bradicardia (digital, betabloqueantes,), arritmia (antidepresivos, anfetaminas), taquipnea (salicilatos), hipotermia (alcohol).

Exploración física: exploración cardiovascular, exploración neurológica (ivel de conciencia, focalidad, pupilas), inspección (valorar coloración, lesiones cutáneas), auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal, por ultimo exploración extremidades: signos de venopunción.

Tratamiento: toda intoxicación aguda debe ingresar al menos 12-24 horas desde la ingesta del toxico en área de observación y debe valorarse interconsulta a psiquiatría en todo los casos con fines autoloticos.

Valoración clínica y estabilización del paciente: ventilación y oxigenación; se tiene que vigilar hipotensión (la más frecuente), arritmias, también hidratación, diuresis forzada, medidas antishock y la vigilancia neurológica: coma, convulsiones.

Disminuir absorción del toxico: esto va de acuerdo a la vía de entrada, dependiendo de eso se ara las siguientes medidas: vía parental: frio, torniquete, vía ocular: lavado durante 15-30 minutos, vía cutánea: retirar la ropa y lavar, vía respiratoria: O2 30-100% en relación con grado de hipoxemia, vía digestiva: la más frecuente (90%): agentes eméticos: Jarabe de ipecacuana.

Aumentar eliminación: eliminación pulmonar: O2 al 50%, eliminación hepática: N-acetilcisteína eliminación renal: Objetivo diuresis 3-5 ml/Kg/h, contraindicado si insuficiencia renal previa o secundaria al tóxico o insuficiencia cardiaca.

**INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA:** son las más comunes, ya que la intencionalidad que presomina es el intento de suicidio. La descontaminación digestiva siempre debe plantearse; su eficacia está muy asociada al tiempo transcurrido desde la ingesta. Si se han perdido los reflejos faríngeos, la descontaminación selectiva debe hacerse intubando al paciente.

Benzodiazepinas: las de acción ultracorta son las más toxicas, ya que los casos más graves suelen serlo por asociación con alcohol etílico, produce simnolencia y depresión respiratoria. El tratamiento incluye lavado gástrico temprano 2h y carbón activado, en casos de intoxicación severa se puede usar flumazenilo.

Barbitúricos: intoxicación más frecuente es por fenobarbital, en los síntomas aparece depresión del SNC con hipotensión arterial y depresión respiratoria, y su tratamiento es lavado gástrico y dosis repetidas de carbón activado, junto con diuresis forzada alcalina.

Antidepresivos tricíclicos: su metabolismo es sobre todo hepático, en los síntomas aparece agitación y alucinaciones seguidas de depresión de SNC con convulsiones y depresión respiratoria, en estos casos el tratamiento es lavado gástrico y carbón activado a dosis repetidas, y para el tratamiento de elección para las convulsiones son las benzodiazepinas.

Litio: la dosis tóxica se estima en 100mg/Kg, considerándose niveles tóxicos por encima de 1,5 meq/l, ya que los síntomas iniciales aparecen a las 1-4 horas de la ingesta y son gastrointestinales y el tratamiento inicial incluye lavado gástrico, jarabe de ipecacuana o irrigación intestinal con polietilenglicol.

Paracetamol: la dosis toxica es 200 mg/Kg, en niño 150 mg/Kg, 7.5 gr en sangre. A las 24-48 horas aparece dolor en hipocondrio derecho y citólisis hepática, si no se practica un trasplante o no se recupera en 1 semana sin secuelas el paciente puede fallecer, el tratamiento consiste en lavado gástrico, carbón activado, en la administración de N-acetilcisteína, antídoto efectivo al 100% si se administra en las primeras 12 horas.

Digoxina: en los síntomas incluyen sintomatología digestiva inespecífica y clínica de bajo gasto cardíaco, arritmia. Si hay bradicardia, puede administrarse isoprotenerol, en casos muy graves asociados a factores de mal pronóstico se deben emplear anticuerpos antidigita.

Intoxicación no medicamentosa: Son menos frecuentes que las intoxicaciones agudas medicamentosas.

Alcohol metílico: Se oxida en el hígado hacia formaldehído por la alcohol- deshidrogenasa, el tratamiento consiste en medidas de soporte con corrección de la acidosis metabólica con bicarbonato.

Cáusticos:

Álcalis: Blanqueador: hipoclorito de Na, Amoniaco Desatascador, limpiador de hornos.

Acidos: Limpiadores: Ac sulfídrico, clorhídrico, puede ocasionar hemorragia gastrointestinal y perforación

Psicoestimulantes: anfetaminas, cocaína: se presenta con agitación, delirio, alucinaciones, midriasis, hipertensión, su El tratamiento requiere el control de la temperatura.

## Conclusión

la enfermera cumple varias funciones por eso debemos aprender y practicar más para poder cuidar más a nuestros pacientes y poder hacer bien nuestras prácticas ya que así nos permite adquirir conocimientos nuevos, desarrollar habilidades para brindar cuidado de forma holística, de calidad y con calidez a las personas, ya que los cuidados que les damos a nuestros pacientes deben ser correctos en todo momento para que el paciente se sienta mejor cada día y sienta su propia recuperación de pacientes quemados o accidentados y de cualquier otra patología.

más que nada este ensayo trata sobre la enfermera debe tener todo los cuidados necesarios para poder cuidar del paciente como por ejemplo: en los cuidados en el paciente ahogado es necesario 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, darle respiración boca a boca, se debe actuar rápidamente con la reanimación, luego traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación para darle rápida atención al paciente.

Los temas antes visto como personal de enfermería serán de gran ayuda ya que aprendí a como tener los cuidados generales de un paciente quemado, ahogado, intoxicado, mas que nada como brindarle ayuda al paciente y como actuar rápidamente y sus tratamientos.

## Referencia:

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.