



Mi Universidad

Actividad I

Nombre del Alumno: Héctor Cruz Rios.

Nombre del tema: Act. 1 Atención de enfermería

Nombre de la Materia: Enfermería En Urgencias Y Desastres

Nombre del profesor: L.E. Juana Inés Hernández López

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Séptimo cuatrimestre

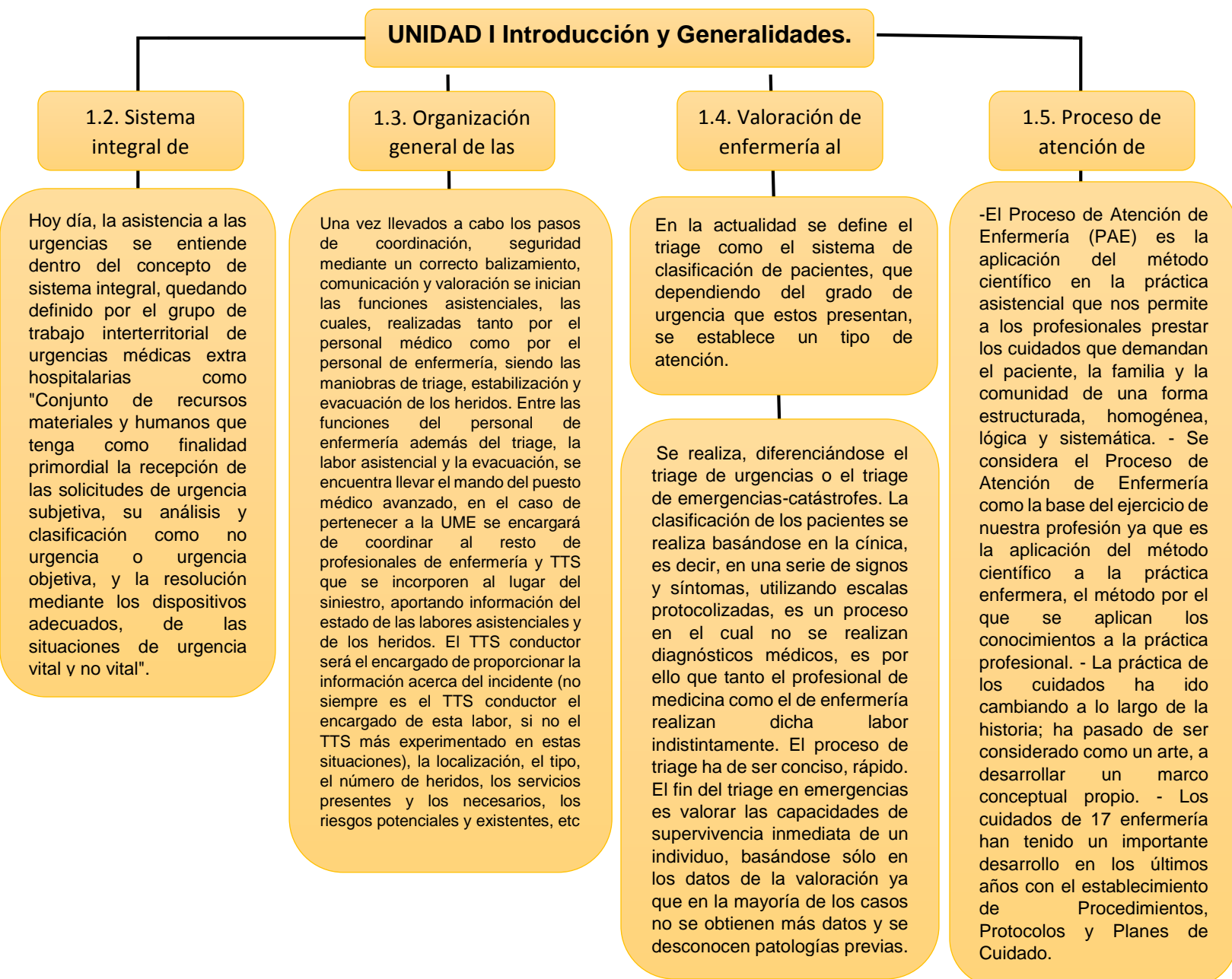
UNIDAD I INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

Investigar los conceptos según la OMS de:

1.1.- Conceptos de Urgencia y Emergencia.

Desde el punto de vista de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la urgencia como la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Desde el punto de vista de la salud, para la OMS, emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Y la OMS distingue distintos grados de clasificación de emergencia, es decir que, según la gravedad del evento, el tipo de acción, medios y apoyos puestos en obra serán adaptados.

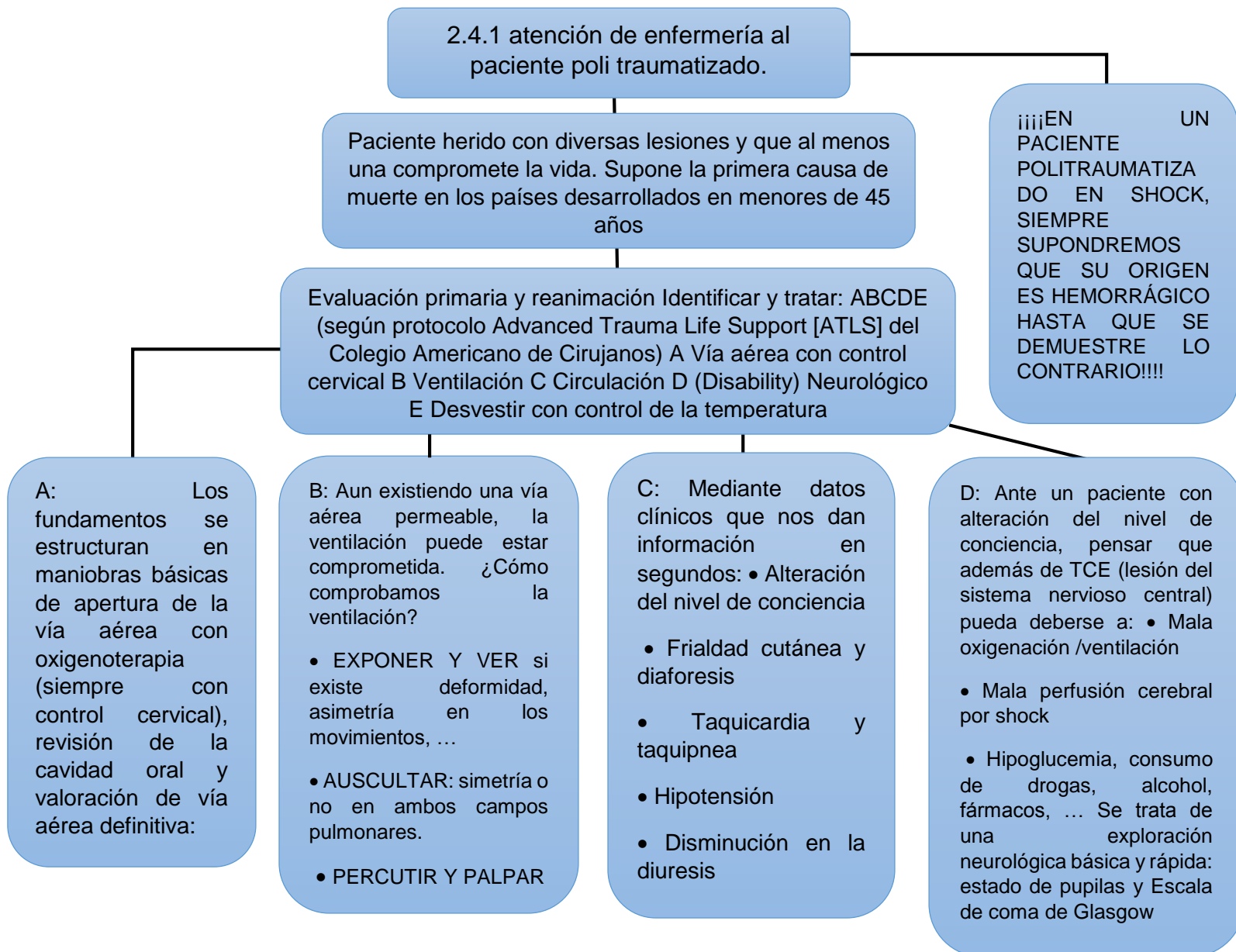


UNIDAD II ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS

2.1.- Concepto y Clasificación de las Catástrofes o desastres naturales.

Una catástrofe es un Evento extremo, de origen natural o humano, que al afectar a un lugar en un momento dado puede causar daños y perturbaciones tales que desencadene un proceso de desastre.

Las catástrofes admiten básicamente dos clasificaciones. En primer lugar, pueden ser naturales, como los huracanes y erupciones volcánicas; o humanas, como los conflictos armados, los accidentes nucleares o la mayoría de los incendios.



2.4.2 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

1: 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.

- Clasificación de las quemaduras

1. EXTENSIÓN.
2. PROFUNDIDAD.
3. AGENTE CAUSAL.
4. GRAVEDAD.
5. QUEMADURAS ELÉCTRICAS

2: Caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo. No formación de flictenas. La quemadura típica es la quemadura solar. Su extensión no se incluye en el cálculo de la superficie lesionada en los grandes quemados.

3: El agente causal más frecuente de las quemaduras es el fuego. • Las quemaduras de FLASH, son producidas por una breve e intensa exposición a la fuente de calor, que suele ser provocada por ignición o explosión de gases. Suelen ser de segundo grado y asociarse a lesiones por inhalación de humos. • CONTACTO suelen ser bien circunscritas, de poca extensión, pero profundas. • QUÍMICAS. Desde que aparece la lesión el daño puede continuar horas, hasta que dicho agente no sea anulado. Las lesiones suelen ser profundas, pero con bordes bien definidos.

4: Está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente. Se han relacionado más directamente con la mortalidad del paciente: la extensión de la superficie quemada y la edad. Basándonos en los criterios de la American Burn Association, las quemaduras que deben ser trasladados.

5: Existen las quemaduras por flash eléctrico que 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

2.4.3. Atención de enfermería en ahogamiento.

Actuación con el paciente ahogado

- 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, por eso, aunque los amigos de Miguel no sean profesionales cualificados deberán comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP) (en caso de que sea necesario) hasta que la asistencia sanitaria llegue. Según la Europea Resucitación Council de 2010 todos los reanimadores, entrenados o no, deberían proporcionar compresiones torácicas a las víctimas de parada cardiaca.

En el manejo a nivel hospitalario

1. Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento: traumatismo (tener en cuenta las posibles lesiones cráneo – encefálicas, medulares, etc), consumo 68 de drogas, enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica, etc). Ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín.

2. Exploración física: El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizará una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, etc.; el estado neurológico, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación.

2.4.4. Atención de enfermería al paciente intoxicado.

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

ETIOLOGÍA.

- Accidental: o Laboral. o Doméstica. o Iatrogénica.
- Intencional: o Drogas. o Alcohol. o Autolisis.

Evaluación Clínica.

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, benzodiacepinas).

• Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos).

• Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal. • Exploración extremidades: signos de

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.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA.

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.

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 anti comiciales, digoxina y teofilina.

• Rx o TAC si procede para descartar: aspiración, EAP, neumomediastino y sustancias radiopacas.