



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: Unidad 2: Atención de enfermería a múltiples víctimas

MATERIA: Enfermería en urgencias y desastres

PARCIAL: II

NOMBRE DEL PROFESOR: EEU. Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: En enfermería

CUATRIMESTRE: 7°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 16 DE OCTUBRE DEL 2022.

2.1 CONCEPTO Y CLASIFICACION DE LOS DESASTRES NATURALES

Estos son

fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre.

Se clasifican en

1) Meteorológicos.

(Ciclones y huracanes tropicales, Inundaciones, Sequía, Tormentas locales severas, erupciones volcánicas, hundimiento.

2) Medio ambiente.

(luvia ácida, Atmosféricos, Contaminación, Efecto invernadero, Aumento del nivel del mar, Efecto del fenómeno "El Niño".

3) Extraterrestres.

(Impacto asteroide/Aurora boreal).

Así entonces

Los desastres son el resultado de la combinación de una serie de amenazas a la que está expuesta una determinada población, la vulnerabilidad existente frente a dicha amenaza y las medidas insuficientes para reducir las consecuencias negativas potenciales del riesgo.

Por lo tanto

En caso de un desastre, el personal de enfermería forma una parte trascendental dentro del equipo multidisciplinario de salud, siendo fundamental su intervención en las acciones llevadas a cabo antes, durante y después del desastre.

El profesional de enfermería debe actuar desde la administración, la investigación, el servicio y la docencia, adaptando sus conocimientos profesionales, de modo que puedan identificar y atender las necesidades de las personas que sufren con motivo de un desastre

Así mismo el personal de enfermería debe de actuar en

A. Hospitales, incluidos los hospitales de campaña temporales.
B. Puestos de primeros auxilios.
C. Comités de emergencias.
D. Albergues.
E. Comités de vigilancia epidemiológica.
F. Organización y manejo de los servicios en situaciones de emergencia.

a) Identificación de víctimas y traslado de éstos.
b) Atención directa.
c) Valoración y evaluación.
d) Solución de problemas.
e) Organización y coordinación.
f) Enseñanza y consulta.

Metas de prevención

Primaria: (disminución de las probabilidades de enfermedad, muerte e incapacidad como consecuencia de un desastre)

Secundaria: identificación rápida de problemas propios del desastre)

Terciaria: (comprende la rehabilitación del paciente, integrándolo a su comunidad)

2.2. ORGANIZACIÓN GENERAL ANTE LAS CATÁSTROFES Y DESASTRES NATURALES

Se lleva a cabo principalmente en

Ciclones tropicales

Intensas sequias

Aquí se toma en cuenta

Aquí se lleva acabo

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Incremento de la repoblación forestal en el diámetro de las obras hidráulicas, para disminuir los efectos de la evaporación.
- Eliminación de los salideros en las conductoras y redes de distribución en beneficio de un óptimo aprovechamiento del recurso.
- Control riguroso de las fuentes superficiales y cuencas subterráneas reguladas de acuerdo a su recuperación, para evitar contaminación y la sobreexplotación.
- Cambio del área de siembra de cultivos que requieren mayor volumen de agua, hacia lugares donde existe mayor disponibilidad.

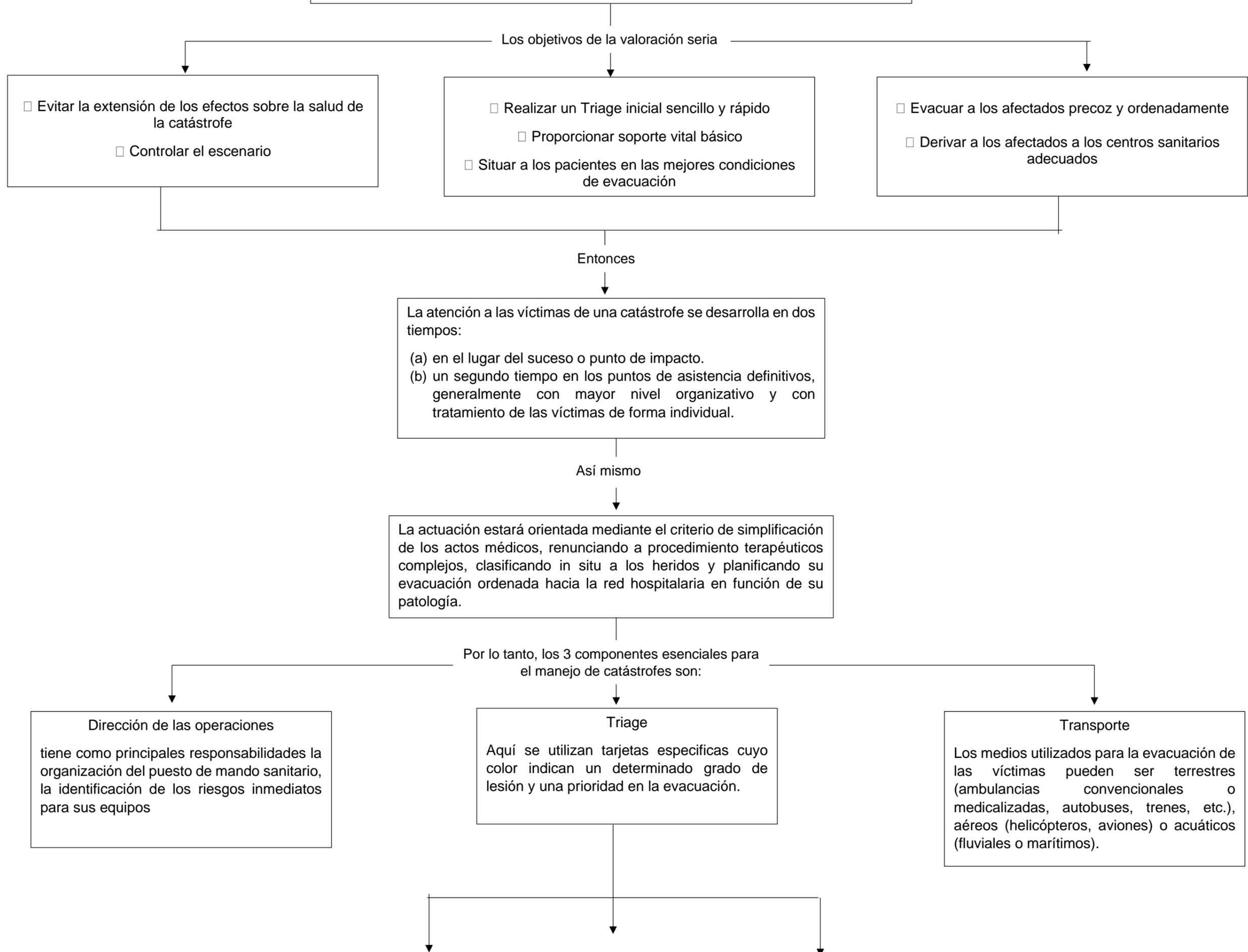
MEDIDAS PREVENTIVAS

- Cumplimento de los requerimientos
- Estudios de peligro, evaluación de vulnerabilidad y análisis de riesgo.
 - Determinación de las características y los cambios cualitativos y cuantitativos.
 - La realización sistemática de las labores relacionadas con la poda de árboles.
 - Revisión periódica del estado técnico y de mantenimiento de las presas, micro presas y otras obras hidráulicas que constituyen peligro para la población y las instalaciones en áreas de riesgo.
 - Fortalecimiento de los centros de pronósticos.
 - Reducción de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.

PREPARATIVOS

- Reajuste de las cifras de personas a evacuar.
- Análisis de las experiencias que pudiera aportar la población durante el trabajo de puntualización de los planes de medidas.
- Análisis de la objetividad de las medidas que deben cumplir los órganos.
- Análisis y reajuste periódico de los plazos para el cumplimiento de las medidas protección que involucran a gran cantidad de personas y recursos económicos en correspondencia con los aseguramientos para cada situación.
- Actualización de las plantillas de los órganos de dirección (mando) y del resto del personal que interviene en el cumplimiento de las medidas de protección y sus aseguramientos.

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



Una tarjeta ROJA (primera prioridad en evacuación) corresponde a:
1. Problema respiratorio no corregible "in situ", Paro cardíaco (presenciado), Hemorragia abundante (más de un litro), Pérdida de consciencia.

Una tarjeta VERDE (segunda prioridad en evacuación) corresponde a:
1. Quemaduras de segundo, Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas, Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara

Una tarjeta AMARILLA (tercera prioridad en evacuación) corresponde a:
1. Fracturas y otras lesiones menores, Quemaduras menores de segundo grado, Lesiones dorsales con o sin daño de columna, Pacientes conscientes con daño cráneo-encefálico importante.

Para finalizar

En situación de catástrofe el material médico es indispensable para garantizar una correcta asistencia en el terreno y durante la evacuación. El material sanitario será aquel destinado a garantizar la asistencia y la estabilización de las víctimas.

2.4.1 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

¿Qué es un paciente politraumatizado?

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.

La evaluación primaria y reanimación consta de:

a) Vía aérea con control cervical:
Los fundamentos se estructuran en maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia (siempre con control cervical), revisión de la cavidad oral y valoración de vía aérea definitiva

b. Ventilación: Aun existiendo una vía aérea permeable, la ventilación puede estar comprometida. ¿Cómo comprobamos la ventilación?

- EXPONER Y VER si existe deformidad, asimetría en los movimientos.
- AUSCULTAR: simetría o no en ambos campos pulmonares.
- PERCUTIR Y PALPAR

c. Circulación: Mediante datos clínicos que nos dan información en segundos:

- Alteración del nivel de conciencia
- Frialidad cutánea y diaforesis
- Taquicardia y taquipnea
- Hipotensión
- Disminución en la diuresis

d) Neurológico: Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central) pueda deberse a:

- Mala oxigenación /ventilación
- Mala perfusión cerebral por shock
- Hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos.

Se evalúa con escala Glasgow.

e) Desvestir con control de la temperatura

En el paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes). Para controlar la temperatura debemos: calentar el ambiente, uso de mantas térmicas, calentar sueros y sangre.

Por otra parte, se hará

Anexos a la revisión primaria:

- Monitorización cardíaca, Pulsioximetría, capnografía, gasometría arterial, Sonda vesical, Sonda nasogástrica, Radiografías y estudios diagnósticos en este momento: la radiografía de tórax y de pelvis en sala de críticos

Anexos a la evaluación secundaria

En este momento se podrán realizar todas las radiografías, TAC, angiografía, urografía, ECO transesofágico, que necesitemos según las lesiones del paciente.

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.

Al finalizar

Establecer 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

2.4.2 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

¿Qué es una quemadura?

Dstrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radioactivo.,

Se clasifican de acuerdo a

EXTENCION

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.

PROFUNDIDAD

Se distinguen cuatro grados. Caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo.

AGENTE CAUSAL

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.

GRAVEDAD

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.

Por otra parte, la evaluación inicial del paciente quemado consta de

- Valoración ABC
- Examen general
- Historia clínica completa
- Examen de la quemadura

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Bioquímica
- Gasometría
- Orina y sedimento
- RX de tórax y ECG

Para finalizar el tratamiento se divide en:

Tratamiento de las quemaduras leves

Tratamiento de las quemaduras graves

2.4.3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.

ACTUACION CON EL PACIENTE AHOGADO

Se divide en

Manejo extrahospitalario

Tener especial precaución con la columna cervical (apertura de la vía aérea),
Respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe (reanimación inmediata si es necesario),
No se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea, Masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores, control de la hipotermia y traslado inmediato a hospital.

Manejo hospitalario

1. Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento
2. Exploración física:
Apnea, disnea, taquipnea (atención al uso de músculos accesorios).
 - Cuerpo extraño en vía aérea.
 - Traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos.
 - Hipotensión arterial.
 - Hipotermia.
 - Arritmias.
 - Alteraciones neurológicas (aplicar escala de coma de Glasgow).

También es muy importante

Evaluar la función respiratoria: en los pacientes en los que fracasan las medidas iniciales de oxigenación con mascarilla de oxígeno con reservorio o la ventilación no invasiva (CIPAP, BIPAP), o disminuye el nivel de conciencia debe considerarse la intubación orotraqueal y ventilación precoz. La intubación está indicada en apnea, dificultad respiratoria grave o hipoxemia refractaria al oxígeno.

2.4.4 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.

INTOXICACION

Es

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

Según su etiología se divide en

ACCIDENTAL:

- Laboral.
- Doméstica.
- Iatrogénica.

INTENCIONAL

- Drogas.
- Alcohol.
- Autolisis.

Por su parte, la actitud de urgencias ante un paciente intoxicado será:

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

Aquí se deberá

Realizar la 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.

Realizar la exploración física:

- Valoración vía aérea y exploración cardiovascular.
- Exploración neurológica
- Inspección
- Auscultación pulmonar y palpación abdominal
- Exploración de extremidades: venopunciones