

**ENSAYO**

**NOMBRE DEL ALUMNO: María José Hidalgo Roblero.**

**TEMA: 2 y 3 unidad.**

**PARCIAL: 1**

**MATERIA: Enfermería En Urgencias Y Desastres.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Eduardo Garcia.**

**LICENCIATURA: Enfermería**

**CUATRIMESTRE: 7to.**

*Lugar y Fecha de elaboración*

Dentro de este ensayo se encuentra el cómo es la atención de enfermería hacia los pacientes en una catástrofe o algún desastre natural su concepto y su clasificación, cómo es la organización general ante estos problemas y cómo se llega a valorar el paciente dentro de una emergencia colectiva cuál es el tipo de atención de enfermería que se debe dar al paciente ya sea una emergencia traumática o en desequilibrio del ambiente. Cómo es la atención de enfermería en un paciente politraumatizado, si hay pacientes quemados, si en un dado caso es una emergencia de ahogamiento o si el paciente se encuentra intoxicado. También sea se encuentra cómo es la atención de enfermería en un paciente con alteraciones de la oxigenación tisular, con un paciente con cardiopatías isquemicas el como la atención de enfermería ayuda mediante el shock en alguna urgencia y emergencia hipertensiva. La atención de enfermería con las arritmias letales. La atención a los pacientes con alteraciones del estado de conciencia. La atención al paciente inconsciente y a los pacientes con convulsiones como también al paciente con accidente cerebrovascular.

Atención de enfermería a múltiples víctimas.

Se considera un desastre natural cuando el fenómeno no es producido por la acción directa de un hombre y esto se llegan a clasificar en:

-meteorologicas

-medio ambiente

-extraterrestres.

De todos los desastres naturales anteriores se puede decir que los ciclones tropicales las lluvias intensas las penetraciones del mar las tormentas locales severas y las sequías son las cuales más han afectado al país. Dentro de una catástrofe, el personal de enfermería pasa a formar parte trascendental dentro del equipo multidisciplinario de salud ya que es fundamental su intervención en las acciones llevadas a cabo antes durante y después del desastre. Para poder participar bien el personal de enfermería debe de llevar una preparación a nivel académico profesional como personal que le permite realizar las técnicas y los procedimientos de manera eficiente, eficaz y con calidad.

Dentro del apoyo del personal de enfermería estos deben de actuar desde la administración, la investigación, el servicio y la docencia llevando a cabo la adaptación de sus conocimientos profesionales del modo que puedan identificar y poder atender a las necesidades de las personas las cuales sufren con motivo de un desastre y deben de estar preparadas para actuar en:

-hospitales

-puestos de primeros auxilios

- comités de emergencia

-albergues

-comite de vigilancia epidemiologíca

- organización y manejo de los servicios en situaciones de emergencia

-identificar víctimas y traslado de ellas.

-atención directa

- valoración y evaluación

-solucion de problemas

-organizacion y coordinación

- enseñanza y consulta.

Valoración de pacientes en emergencia colectivas y catástrofes naturales.

Esto se realiza con el fin de evitar la difusión de las catástrofes pudiendo así reducir las causas del suceso y poder controlar y limitar sus efectos sobre las personas los bienes y los servicios ayudar a rescatar y poder atender a los afectados ayudando en la rehabilitación de los servicios públicos básicos.

La atención de las víctimas se desarrollan dos tiempos.

a) en el lugar del suceso o en el punto de impacto qué es donde existe un alto nivel de desorganización e improvisación.

b) el segundo tiempo es en los puntos de asistencia definitivos los cuales cuentan con mayor nivel de organización y con tratamiento de las víctimas de forma individual.

Tres funciones que constituyen el núcleo básico alrededor del cual se organizan el resto de las actividades:

Dirección de las operaciones: la principal responsabilidad es la organización del puesto de mando sanitario con la identificación de los riesgos inmediatos para sus equipos, el establecimiento de áreas para disponer las zonas asistenciales cómo poner en marcha el triage y organizar el tráfico de las ambulancias para iniciar la evaluación y su control de las comunicaciones.

El coordinador se encuentra entrenado para hacer un uso juicioso, claro y conciso de los medios de comunicación que se emplean para poder mantener un registro ordenado de todas las actuaciones.

El área de socorro es un área inmediata para la intervención y es donde se realizan las operaciones de socorro sanitario, acá se despliegan los servicios sanitarios y se presentan las primeras atenciones.

El triage es la principal tarea que se desarrolla en esta área. Se tratan las urgencias extremas con un objetivo de poder asegurar la vida aérea y poder controlar las hemorragias externas. El triage antes de exponer las características del sistema de clasificación de víctimas o triage, se debe recordar que el personal de las unidades de rescate y salvamento que acuden al lugar de la catástrofe deben de estar capacitados para prestar los primeros auxilios antes de efectuarlo.

\*Tarjeta roja

Problema respiratorio no corregible

paro cardíaco hemorragia abundante pérdida de conciencia heridas penetrantes fracturas graves

\*Tarjeta verde

Quemadura de segundo o tercer grado. quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas.

quemaduras de tercer grado que afectan manos pies o cara. hemorragia de 500 a 1000 cc.

lesiones dorsales con o sin daño de columna.

Paciente consciente con daño craneoencefálico importante.

\*Tarjeta amarilla (tercera prioridad en evacuación)

Fracturas y otras lesiones menores

Quemaduras menores de segundo grado

Quemaduras de segundo grado mayor a 30% o de tercer grados mayor al 10%

Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejido blando.

\*Tarjeta amarilla (tercera prioridad en evacuación)

Fracturas y otras lesiones menores

Quemaduras menores de segundo grado menor a 15%, de tercer grado menor a 2% o de primer grado menor al 20% excepto en manos pies y cara

Quemaduras de segundo y tercer grado del más del 40% en las que la muerte parezca razonablemente cierta o existan otras lesiones mayores

Lesiones craneales donde el tejido cerebral está expuesto y el paciente está inconsciente

Lesiones craneoencefálicas con fracturas mayores y pacientes inconscientes

Lesión de columna con ausencia de sensibilidad y movimiento

Paciente de más de 60 años con lesiones mayores

\*Tarjeta negra

Fallecidos

Paciente sin pulso o sin respiración durante más de 20 minutos o que sus lesiones hacen imposible la medida de resucitación.

Atención de enfermería en el shock.

Es un proceso patológico a causa de la invasión de un tejido como un fluido o una cavidad corporal que se encuentra normalmente estéril por un microorganismo patógeno o potencialmente patógeno.

Sepsis: infección, confirmada o sospecha y alguna de las siguientes variables:

Variables generales:

- Taquicardia (FC >90 lpm)- Taquipnea (FR >20 rpm)

- Alteración del estado mental- Edema significativo o balance hídrico positivo >20 ml/Kg en 24h- Hiperglucemia (>140 mg/dl) en paciente no diabético.

Variables inflamatorias:

- Leucocitosis (>12000/μl)- Leucopenia (<4000/μl)- Desviación izquierda (>10% de formas inmaduras)

- Elevación de PCR y de PCTVariables hemodinámicas:- Hipotensión arterial (tas<90, tam<70 o caída >40 mmhg)Variables de disfunción de órganos:- Hipoxemia (relación po2/fio2<300)- Oliguria (diuresis <0.5 cc/kg/h durante al menos 2h)- Elevación de Cr > 0.5 mg/dl- Coagulopatía (INR >1.5 ó tpta >60s)- Trombopenia (<100000/μl)- Íleo (ausencia de ruidos intestinales)- Ictericia (Bilirrubina total >4 mg/dl)Variables de perfusión tisular:- Hiperlactatemia (lactato >1 mmol/L)- Livideces o relleno capilar enlentecido

Shock séptico

Hipotensión que se induce por la sepsis que persiste aún después de una resucitación adecuada con fluidos. Los estudios complementarios a realizar son: en los pacientes que se sospecha una infección se deben completar los siguientes estudios: hemograma y bioquímica.

Pruebas de imagen.

Siempre se debe de realizar un RX de tórax.

Se solicita arresto de estudios de imagen.

Se debe identificar el foco de la infección, especialmente si se puede tratar de un foco potencialmente drenable.

Control del foco de infección

En los casos donde el foco se pueda drenar, debe internarse el control del mismo lo antes posible y se recomienda optar por aquellas técnicas las cuales se consigue un buen drenaje del foco de infección.

Shock cardiogénico

Hipotensión arterial :presión arterial sistólica menor a 90 mmhg.

Bajo gasto cardíaco :índice cardíaco menor a 1.8-2-2 l/min/M2 de superficie corporal.

Precarga adecuada :presión capilar pulmonar mayor de 15 a 18 mmhg.

Hipoperfusión tisular.

Manejo

Oxigenoterapia para mantener la saturación de oxígeno al menos al 90%

Se valora la intubación orotraqueal y la conexión a ventilación mecánica para poder corregir la hipoxemia y disminuir el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno.

Se optimiza la precarga la administración de fluidos en aquellos pacientes que se encuentran hipovolémico.

15mmhg en caso de sobrecarga de volumen, situación más frecuente qué es la hipovolemia.

Control de la frecuencia y del ritmo cardíaco que incluye cardioversión eléctrica o colocación de marcapasos si se necesita.

Se aconseja mantener monitorizado el gasto cardíaco y las presiones o los volúmenes del llenado cardíaco. El ecocardiograma además de emplearse para el diagnóstico de la causa del shock también nos sirve para la monitorización del gasto cardíaco.

Atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas.

En las crisis hipertensivas son las elevaciones agudas de la presión arterial las cuales motivan una atención médica urgente y se define como una elevación de la t a d a stolica superior a 120 o 130 mmhg delate a sistólica por encima de 210mmhg.

Clasificación de diferentes pronósticos y manejo:

\*Emergencia hipertensiva: es la elevación del ataque se acompaña de daño o de disfunción aguda en los órganos Diana.

\*Urgencia hipertensiva: elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos Diana que no entraña un compromiso vital.

Falsas urgencias hipertensivas: elevación de la producida en su mayor parte por Estados de ansiedad o dolor y que conllevan un daño en órganos Diana.

Valoración de un paciente con crisis hipertensiva.

Para llevar a cabo una clasificación y un manejo de una crisis hipertensiva se necesita llevar a cabo una correcta evaluación diagnostica. Para esto se realiza una historia clínica completa. Se ve de preguntar por la presencia de historia previa de hipertensión arterial su tiempo de evolución su severidad su uso de tratamiento hipotensor su adherencia terapéutica los episodios perdidos de crisis hipertensivas y sus estudios previos que se ha realizado para descartar hta secundaria.

Se debe descargar la app descartar la presencia de enfermedades que le puedan desencadenar crisis hipertensiva o bien retirar bruscamente los fármacos hipotensores de acción corta como betabloqueantes y clonidina. Es precio ademas la valoración de los síntomas que sugieran afectación de órganos Diana y que orienten a la presencia de enfermedades sugerentes de una emergencia hipertensiva.

Síntomas y signos que se asocian con las complicaciones de órganos Diana en una crisis hipertensiva:

o Edema de papila. o Constricción de arteriolas retinianas. · Cardiovasculares. o Dolor torácico en la espalda o abdomen. o Palpitaciones. o Náuseas y vómitos

o Disnea. o Ortopnea. o Estertores y sibilancias. o Soplos, arritmiaso Ritmo de galope. o Ruidos abdominales. o Pulsos periféricos anormales

o Renales. o Oliguria, hematuria y nicturia. o Dolor y sensibilidad en el flancoo Edema periférico. o Fatiga y debilidad. o Agrandamiento renal. o SNCo Cefalea (a veces grave) y náuseas. o Confusión. o Cambios visuales

o Debilidad focal o parestesias. o Debilidad generalizadao Desorientación. o Déficit neurológicos focales. o Crisis convulsivaso Coma.

Atención de enfermería en arritmias letales.

Actividad eléctrica del corazón. Normalmente el marcapasos inusual es el que ayuda a activar el corazón. Nacido el estímulo en esta estructura se forman dipolos de activación que progresivamente van despolarizado las articulas empezando con la derecha y después la izquierda. Cuando el estímulo llega a la unión auriculoventricular la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud esta activación se traduce en el electrocardiograma mediante el complejo qrs y se inscribe la onda de que nos traduce la repolarización ventricular.

Arritmias cardíacas.

El sistema de conducción cardíaca se supone de un conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de los canales específicos de la membrana celular.

1. Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en:

2. Trastornos en la conducción de los impulsos.

3. Trastornos del automatismo.

4. Combinación de ambos. Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo.

Para poder asistir a un paciente que se encuentre afectado por un desastre natural o una catástrofe es necesario de la ayuda del equipo de enfermería y debe de haber una buena organización y comunicación. El que se encuentre a cargo debe de saber bien acerca del manejo de un paciente ya sea en una quemadura, un abogado o intoxicado y saber bien el triage para poder clasificar a los afectados, saber cuáles son los pacientes de urgercia y emergencia.

Bibliografía: antología UDS.