

ALUMNA:

GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ CHRISTIANI LISSETH

GRUPO: LEN10SSC0720-A

**ASIGNATURA: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y
DESASTRES**

DOCENTE:

FRANCISCO MANUEL GOMEZ

**TRABAJO: ENSAYO “INTRODUCCION Y GENERALIDADES”
“ATENCION DE ENFERMERIA DE MULTIPLES VICTIMAS”**

**SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS
CHIAPAS 27 DE SEPTIEMBRE 2022**

INTRODUCCION

Se presenta el siguiente ensayo con la finalidad de dar a conocer el sistema integral de urgencia la creación de los modernos servicios de emergencias extra hospitalarias, se inician en Europa en 1966, con la puesta en marcha, por pantridge en Belfast, de la primera unidad móvil de cuidados coronarios y no es hasta la década de los 90 cuando se terminan de implantar los equipos de emergencias extra hospitalarios en un gran número de ciudades españolas. hoy día, la asistencia a las urgencias se entiende dentro del concepto de sistema integral, quedando definido por el grupo de trabajo interterritorial de urgencias médicas extra hospitalarias como "conjunto de recursos materiales y humanos que tenga como finalidad primordial la recepción de las solicitudes de urgencia subjetiva, su análisis y clasificación como no urgencia o urgencia objetiva, y la resolución mediante los dispositivos adecuados, de las situaciones de urgencia vital y no vital".

Se considera imprescindible la creación de un servicio propio que sea independiente jerárquicamente de las estructuras de Atención Primaria y de Atención Especializada, pero sin dejar de mantener una estrecha relación en su funcionamiento con ambas. Existencia de un marco legal adecuado, que regule las características y funcionamiento de dichos servicios, con normativas específicas para sus diversos componentes (centros de coordinación, dispositivos asistenciales y otros). Estar integrado en un plan de urgencias médicas a nivel local, de área o regional. Contar con un centro coordinador de urgencias (CCU), con autoridad para coordinar la actuación en la atención a las urgencias médicas, operativo las 24 horas del día durante todo el año y con capacidad de coordinación de los recursos extra hospitalarios y hospitalarios públicos de su ámbito territorial de actuación, así como los privados vinculados mediante concierto al sistema público. El CCU dispondrá de médicos con presencia física, dedicados al análisis y resolución de llamadas, así como de tele operadores entrenados para la recepción de llamadas y la movilización de recursos

SISTEMA INTEGRAL DE URGENCIA.

Las creaciones de los modernos servicios de emergencias extra hospitalarias se inician en Europa en 1966, con la puesta en marcha, por Pantridge en Belfast, de la primera unidad móvil de cuidados coronarios, la asistencia a las urgencias se entiende dentro del concepto de sistema integral, quedando definido por el grupo de trabajo interterritorial de urgencias médicas extra Hospitalarias.

MODELOS DE SISTEMAS

En la actualidad, a nivel internacional, pueden mencionarse 3 modelos de asistencia extra hospitalaria a las emergencias médicas, bien diferenciados entre sí:

1. Modelo Paramédico: Es típico de los servicios médicos de emergencias de los Estados Unidos de Norteamérica. La solicitud de atención urgente es realizada a través de un teléfono, el 911, único para todo tipo de emergencias, que da acceso a una central compartida con Policía y Bomberos.



2. Modelo Médico Hospitalario: Es el modelo francés de Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU). Aquí, el acceso a la asistencia sanitaria urgente es mediante un número de marcación reducida específico. Las emergencias médicas se resuelven mediante la intervención del SAMU, enviando una unidad móvil de atención

especializada compuesta por médicos y/o enfermeros relacionados con la anestesiología y los cuidados intensivos, manteniéndose el mismo equipo sanitario en las fases extra hospitalaria y hospitalaria del proceso asistencial.

3. Modelo Médico extra hospitalario: En la actualidad, este es el modelo más extendido existen variaciones en cuanto a la dependencia administrativa (Instituto Nacional de Salud, Servicios Regionales de Salud, sector sanitario privado, policía, bomberos, protección civil) y las formas de recepción de las llamadas y su análisis (algunos disponen de números de teléfono específicos para emergencias médicas y otros los comparten con policía y/o bomberos), pero todos tienen como característica común la presencia sistemática de un médico, tanto en los CCU como en los dispositivos de asistencia sanitaria, realizados en su mayoría en un escalón único, por vehículos del tipo UVI móvil.

ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS URGENCIAS. FACES DE LA ASISTENCIA EMERGENTE.

La atención en catástrofes es un proceso complejo que precisa de la coordinación de todos equipos. Determina las actuaciones, que será principalmente asistenciales, del resto de UME que se desplacen al lugar. Además, establece el personal que participa en la atención sanitario siendo:

- 1 medico
- 1 enfermero/a
- 1 Técnico de Transporte Sanitario



Las funciones organizativas descritas anteriormente son desarrolladas por el equipo médico, estableciendo. Una coordinación “horizontal” entre las personas que participen en la asistencia, se establece una correcta, efectiva y ágil comunicación entre los diferentes mandos intervinientes. Una vez llevados a cabo los pasos de coordinación, seguridad mediante un correcto balizamiento, comunicación y valoración se inician las funciones asistenciales, las cuales, realizadas tanto por el personal médico como por el personal de enfermería, siendo las maniobras de triage, estabilización y evacuación de los heridos. Entre las funciones del personal de enfermería además del triage, la labor asistencial y la evacuación, se encuentra llevar el mando del puesto médico avanzado, en el caso de pertenecer a la UME se encargará de coordinar al resto de profesionales de enfermería y TTS que se incorporen al lugar del siniestro, aportando información del estado de las labores asistenciales y de los heridos.

Existen diversos tipos de transporte sanitario, que son movilizados según los requerimientos de la urgencia o emergencia que se vaya a atender. Pueden ser vehículos utilizados con el fin de transportar únicamente al personal sanitario o vehículos que deben transportar a pacientes de manera segura, ágil y en la medida de lo posible cómoda. El transporte más utilizado es la ambulancia, aunque también

son utilizados vehículo de intervención rápida, el helicóptero, avión y barco. Se ha establecido una clasificación de los tipos de ambulancias, estableciendo tres tipos:

- Ambulancia tipo C Ambulancia de Soporte Vital Avanzado SVA. Acondicionada para el transporte de pacientes que precisan tratamiento intensivo. Diseñada para el transporte en carretera. Es necesario un equipo formado por un técnico de transporte sanitario TTS y una profesional de enfermería.
- Ambulancia tipo B Ambulancia de Soporte Vital Básico SVB, transporte de pacientes en situación de emergencia, preparada para su tratamiento básico. Diseñada para el transporte en carretera. El equipo necesario consta de un TTS.
- Ambulancia tipo A Transporte de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia. Diseñada para el transporte en carretera, pero no acondicionada para la asistencia en ruta. En su mayoría para el transporte programado. El equipo necesario es un conductor TTS.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. La práctica de los cuidados ha ido

cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio.

Cuidados funcionales o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería

- Cuidados Progresivos se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- Cuidados globales o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.
- Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta. En la práctica, en este momento se trabaja con los Planes Integrales de cuidados

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE AL PACIENTE URGENTE Y EMERGENTE.

En la actualidad se define el triage como el sistema de clasificación de pacientes, que dependiendo del grado de urgencia que estos presentan, se establece un tipo de atención. Existen diferentes tipos de triage que dependen de dónde, cuándo y cómo se realiza, diferenciándose el triage de urgencias o el triage de emergencias-catástrofes, La clasificación de los pacientes se realiza basándose en la clínica, es decir, en una serie de signos y síntomas, utilizando escalas protocolizadas El proceso de triage ha de ser conciso, rápido. El fin del triage en emergencias es valorar las capacidades de supervivencia inmediata de un individuo, basándose sólo en los datos de la valoración ya que en la mayoría de los casos no se obtienen más datos y se desconocen patologías previas.

CONCLUSIÓN

La asistencia a un paciente en el medio extra hospitalario no acaba hasta haber realizado la transferencia con el médico receptor del servicio de urgencias hospitalarias, el cual a partir de entonces será el responsable de dicho paciente. Si se trata de un enfermo de alto riesgo o en situación crítica, éste debe ser trasladado hasta la zona de recepción de este tipo de pacientes prevista en cada centro. Los datos de filiación del paciente deberían ser siempre comunicados, con la mayor brevedad posible, al servicio de admisión para su registro. Se debe realizar la entrega sistemática de una historia clínica, en la que conste al menos el motivo de consulta, antecedentes personales, datos básicos de la exploración física, constantes vitales a lo largo de la asistencia, tratamiento médico realizado y sospecha diagnóstica, siendo recomendable la codificación diagnóstica de éstos.

ENSAYO II

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas y cada vez con mayor frecuencia, la humanidad ha sufrido innumerables desastres, sucesos catastróficos; a veces desencadenados por el hombre (como explosiones tecnológicas, incendios) y otras veces por la naturaleza (terremotos, tsunamis, inundaciones, huracanes). Nuestro país no queda indemne ante estos sucesos, sufriendo una potencial amenaza en la totalidad de su espacio geográfico ante riesgos naturales como riadas o inundaciones, incendios forestales, avalanchas, terremotos, riesgos tecnológicos y químicos y terrorismo entre otros. Los accidentes con múltiples víctimas (AMV) y las catástrofes suponen una perturbación grave e inesperada de la vida cotidiana. Estos sucesos aparecen de forma súbita y están acompañados en mayor o menor medida de una gran afectación de personas, estructuras y bienes materiales. La aparición de estas situaciones genera una crisis global en los sistemas de respuesta pudiendo desbordar a los servicios sanitarios asistenciales. Bien es sabido que la prevención es el arma más eficaz para evitar que esto ocurra, pero una gestión y formación adecuadas se sitúan como elementos no solo fundamentales si no indispensables en el manejo de dichos sucesos. Siendo esencial y de vital importancia una actuación coordinada, jerarquizada e integrada para reducir la morbimortalidad procedente de ellos.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS.

Se consideran desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre.

Se clasifican en:

Meteorológicos.

- Terremotos y tsunamis.
- Erupciones volcánicas.
- Plagas de insectos.
- Ciclones y huracanes tropicales.
- Inundaciones.

Medio ambiente.

- Lluvia ácida.
- Atmosféricos.
- Contaminación

Clasificación de los ciclones tropicales.

- Depresión tropical: Vientos < 63 Km/h.
- Tormenta tropical: Vientos de 63 - 117 Km/h.
- Huracán: Vientos = 118 Km/h.

Los elementos más peligrosos en un ciclón tropical son:

- Los vientos: Alcanzan su máxima velocidad cerca del centro del ciclón donde pueden llegar hasta más de 200 Km. Por hora, las rachas de 2 a 3 segundos.

- Las lluvias intensas: No dependen de la intensidad del ciclón tropical, se incrementan con el movimiento lento o errático del evento y con el contacto con zonas montañosas. Estas inundaciones que acompañan a las lluvias se producen en zonas bajas, representan una gran amenaza para la vida humana y animal, provocan daños en las viviendas, afectaciones en redes eléctricas y telefónicas y daños en la infraestructura económica.

VALORACIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATÁSTROFES NATURALES.

la 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 controlar y limitar sus efectos sobre las personas, bienes y servicios; rescatar y atender a los afectados, y rehabilitar los servicios públicos básicos

El triage 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. El equipo sanitario será el responsable de atender a los heridos, clasificarlos, identificarlos (etiquetado o tagging), tratarlos y prepararlos para la evacuación. Para ello, se utilizan tarjetas específicas cuyo color (rojo, verde, amarillo y negro) indica un determinado grado de lesión y una prioridad en la evacuación.

TARJETA ROJA (primera prioridad en evacuación) corresponde a:

- Hemorragia abundante (más de un litro)
- Pérdida de consciencia.
- Heridas penetrantes (torácicas o abdominales)
- Fracturas graves (pelvis, costillas, vértebras cervicales)

TARJETA VERDE (segunda prioridad en evacuación) corresponde a:

- Quemaduras de segundo (> 30%) o tercer grado (>10%).
- Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara.
- Pacientes conscientes con daño cráneo-encefálico importante.

TARJETA AMARILLA (tercera prioridad en evacuación) corresponde a:

- Fracturas y otras lesiones menores.
- Quemaduras menores de segundo grado (<15%), tercer grado (<2 %) o primer grado (<20% excepto manos, pies y cara).
- Lesiones cráneo-encefálicas con fracturas mayores y paciente inconsciente.
- Lesiones de columna con ausencia de sensibilidad y movimiento.
- Paciente de más de 60 años con lesiones mayores.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

El paciente poli traumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes).

Haremos una revisión de la cabeza a los pies:

- Cabeza: examinar todas las lesiones que puedan existir en el cuero cabelludo, examinación ocular exhaustiva.
- Estructuras maxilofaciales.
- Columna cervical y cuello: sospechar siempre lesión de columna cervical hasta que se demuestre lo contrario, sobre todo en pacientes con alteración neurológica y/o traumatismos craneales, faciales y por encima de las clavículas.
- Tórax.

CONTROL DE LA HEMORRAGIA:

La hemorragia en el traumatizado facial puede ser masiva y si no se trata adecuadamente puede llevar al shock. Debemos recordar siempre que todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias.

En las fracturas de mandíbula las arterias más frecuentemente dañadas son la facial, la lingual y la alveolar inferior. La compresión y posterior ligadura lograrán el control de las dos primeras, mientras la reducción correcta de los fragmentos óseos lo hará con la tercera. Criterios de Buchanan y Holtmann de actuación ante hemorragia del tercio medio facial:

- La mayoría ceden espontáneamente o con taponamiento nasal (taponamiento post con sonda de Foley con balón hinchado + anterior con gasa).
- Si no cesa con estas medidas, o si se precisa transfusión de más de 2 unidades de sangre o el hematocrito permanece por debajo de 29, es preciso una arteriografía y/o actuación quirúrgica.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

La quemadura constituye una lesión traumática grave, debido a la pérdida de piel, a las alteraciones fisiopatológicas que ocurren en su organismo, el dolor, la complejidad del tratamiento, el tiempo de curación, las secuelas funcionales y estéticas

Clasificación de las quemaduras

Extensión.

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. 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. Es característica la formación de flictenas. Al desbridarlas se observa un fondo eritematoso. Son muy dolorosas. Se observan folículos pilosos y glándulas sebáceas. Son exudativas e hiperémicas.

CONCLUSIÓN

Los desastres ocasionan de forma irremediable una situación de crisis en la comunidad, lo que implica un impacto directo en el funcionamiento vital de la sociedad y el individuo, suscitando daños, prejuicios económicos y pérdidas de vidas humanas, pudiendo desbordar a los servicios sanitarios. Tanto en un AMV como en una catástrofe se va a generar un elevado número de víctimas, hecho que va a requerir que los servicios asistenciales empleen medidas extraordinarias para solventar la situación, entre ellas, la ejecución del triaje. Es fundamental una correcta preparación y formación del personal sanitario interviniente. El campo de la enfermería está adecuadamente preparado para afrontar una situación de emergencia y actuar en consecuencia, encontrándose además legalmente respaldado. Ante un accidente de múltiples víctimas o una catástrofe será imprescindible actuar según una secuencia preestablecida, jerarquizada, ordenada y coordinada debido al inexorable caos y desorganización producidos. Una apropiada y precisa ejecución del triaje, determinará notablemente que los resultados obtenidos derivados de la asistencia sanitaria en un AMV o una catástrofe sean satisfactorios. Las capacidades y las competencias propias de la profesión enfermera, le sitúan como la disciplina inequívoca a la hora de efectuar el triaje.