



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.

TEMA: Introducción y generalidades. Atención de enfermería a múltiples víctimas.

PARCIAL: I.

MATERIA: Enfermería en urgencias y desastres.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: Séptimo.

Frontera Comalapa Chiapas a 26 de septiembre del 2023.

INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

Conceptos de

Urgencia

Concepto

Una urgencia se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata.

Su

SISTEMA INTEGRAL

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.

Ejemplo

Por accidente

Por la aparición súbita de un cuadro grave.

Por empeoramiento de una enfermedad crónica.

Emergencia

Es

Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

Su

SISTEMA INTEGRAL

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.

Es

Modelos de sistema

Son

Modelo 1 "Paramédico"

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.

Modelo 2 "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, el 15, conectando con una central médica que se encuentra comunicada con la Policía y Bomberos, pero que es independiente de ellas.

Modelo 3 "Médico extra hospitalario"

Dentro de este modelo, existen variaciones en cuanto a la dependencia administrativa (Instituto Nacional de Salud, Servicios Regionales de Salud, sector sanitario privado, policía, bomberos, protección civil, etc.

Ejemplo

La persona afectada está inconsciente

Se sospecha que ha sufrido un infarto o tiene un paro cardíaco.

Hay una pérdida abundante de sangre.

Se sospecha que puede haber huesos rotos.

Se sospecha que puede haber heridas profundas, por ejemplo, de arma blanca.

Cuando se observan dificultades para respirar.

Cuando se observan quemaduras severas.

Cuando se observa una reacción alérgica severa.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE URGENTE Y EMERGENTE.

TRIAGE

Definición

Sistema de clasificación de pacientes, que dependiendo del grado de urgencia que estos presentan, se establece un tipo de atención.

Tipos

La correcta valoración del paciente politraumatizado en el triage extrahospitalario será llevada a cabo por profesionales sanitarios cualificados, para ello se utilizan índices de gravedad en el traumatismo.

Estos índices serán principalmente:

La escala de coma de Glasgow

Es

Una herramienta utilizada para valorar el nivel de consciencia (estado de alerta y estado cognoscitivo), analizando la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Puntuaciones

Glasgow leve cuando la puntuación es 14-15.

Glasgow moderado cuando es 9-13

Glasgow grave si es 8 o menor.

Triage extrahospitalario

El triage extrahospitalario en situación de AMV o catástrofe tiene como principal fin la clasificación y temprana evacuación de los heridos, no solo dependiendo de su gravedad sino también de su pronóstico, y el establecimiento de tiempos de atención en función de los plazos terapéuticos.

Triage avanzado

Triage avanzado que consiste en una valoración primaria del paciente aplicando de nuevo maniobras salvadoras y clasificando a los pacientes según su nivel de urgencia con la diferencia de que se identifican aquellos pacientes con prioridad quirúrgica que precisan evacuación urgente, se realizan procedimientos de estabilización y valoración de las lesiones y por último se realiza un triage de evacuación que determina el orden de evacuación de los pacientes.

Triage hospitalario

Triage hospitalario que se realiza en los centros hospitalarios, donde se reevalúan y clasifica a las víctimas.

Modelos según la polaridad

Según las lesiones

Triage bipolar: clasificación entre vivos/muertos, que pueden caminar o no, o entre muy graves/graves/leves.

Triage tripolar: Una clasificación que diferencia o: muy graves, graves y leves o muertos, graves y leves. Tratando de evacuar a aquellos que pueden caminar o que no precisan grandes medios.

Triage tetrapolar: clasificación más utilizada en el primer triage o básico y en el triage avanzado, utilizando los colores para diferenciar a los heridos en función de su gravedad:

Modelo lesional que se aplican en función de la gravedad de éstas. o Modelo funcional que clasifica a los pacientes en función a su estado no priorizando las lesiones. O Modelo mixto.

Negro → Exitus

Rojo → Gravedad

extreAmarillo → Gravedad-Urgencia relativama

Verde → Urgencia leve o Triage pentapolar

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

¿Qué es?

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.

Filosofía de los cuidados

Son

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.

Actividad enfermera

¿Qué es?

Es el conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador en respuesta a una necesidad específica de salud.

Se clasifica en 3 grupos

Actividades autónomas, las que están dentro del diagnóstico y del tratamiento de enfermería.

Actividades derivadas, las que se realizan a demanda de otros profesionales.

Actividades de soporte, las orientadas a facilitar la labor asistencial.

Plan de Cuidados

Son

Determinar el grupo sobre el que se va a realizar el plan de cuidados.

Que los cuidados de enfermería sean homogéneos.

Estancias hospitalarias semejantes.

Elegir un Modelo de Enfermería.

Tener en cuenta todas las complicaciones potenciales y reales.

Enunciar los problemas como diagnósticos y utilizar la nomenclatura NANDA.

Definir objetivos en función de los problemas detectados.

Elegir los cuidados de enfermería, como actividades concretas.

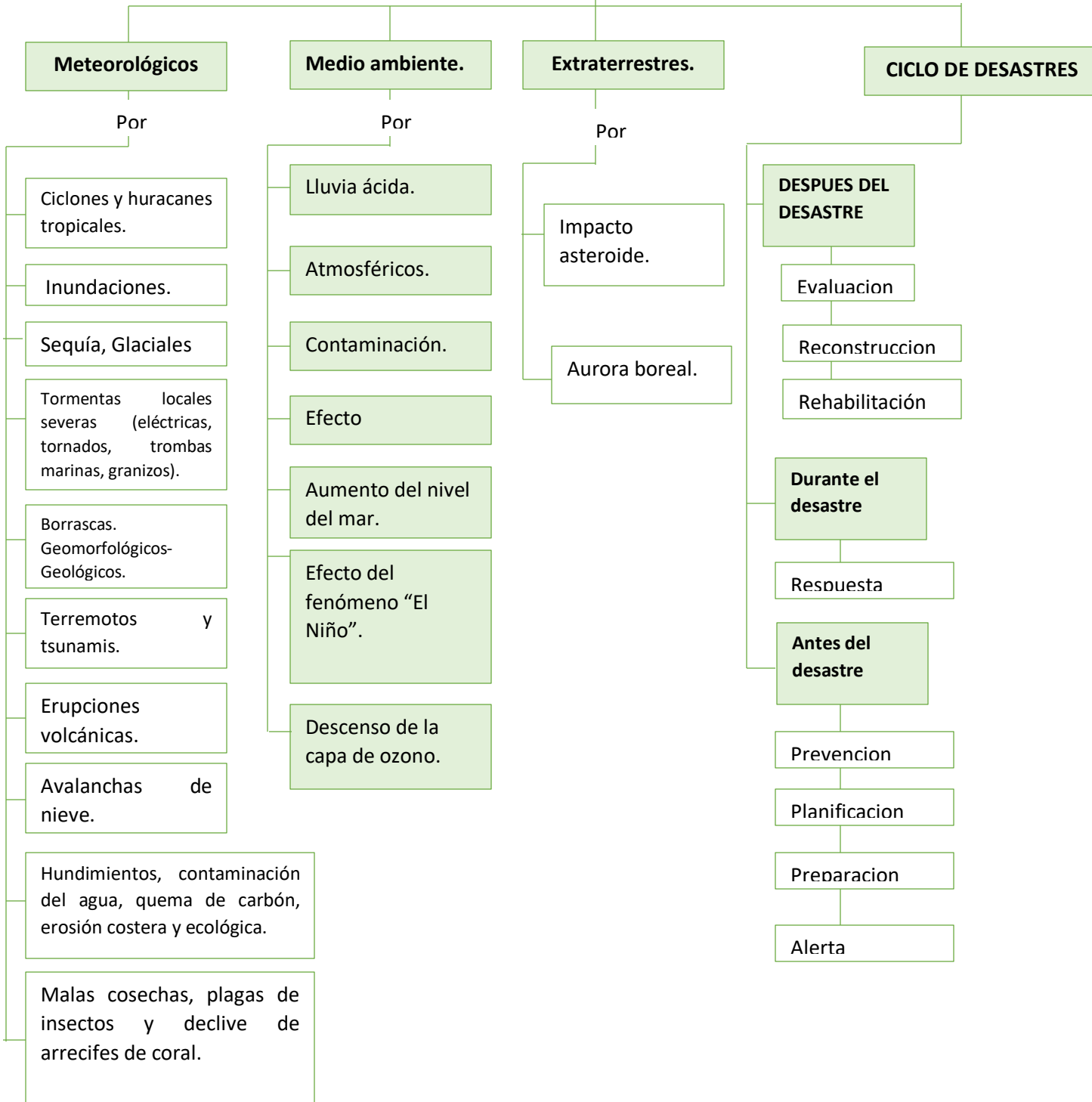
Determinar los criterios de evaluación de los resultados.

UNIDAD II.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS.

DESASTRES NATURALES.

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

Se clasifican en



ORGANIZACIÓN GENERAL ANTE LAS CATÁSTROFES Y DESASTRES NATURALES.

Sus

Medidas preventivas

Son

- Cumplimiento de los requerimientos impuestos en el proceso de compatibilización.
- Estudios de peligro, evaluación de vulnerabilidad y análisis de riesgo.
- Determinación de las características y los cambios cualitativos y cuantitativos operados en el fondo habitacional que inciden en el grado de vulnerabilidad de cada lugar.
- La realización sistemática de las labores relacionadas con la poda de árboles y las medidas que garanticen un óptimo estado de limpieza de la red pluvial, zanjias, y drenajes naturales.
- 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.

Los

Preparativos

Son

- Puntualización de las áreas de inundaciones peligrosas y determinación de las medidas a tomar con carácter diferenciado.
- 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 de dirección (mando) en cada una de las fases previstas para las acciones de repuesta.
- 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.

Para intensas sequías

Sus

Medidas preventivas

Son

- Incremento de la repoblación forestal en el pímetro 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.
- Cambio en la estrategia de los cultivos, que requieren mayor cantidad de agua por los de mayor tolerancia a la sequía.
- Determinar las necesidades de alimentación y agua de las diferentes especies de animales y sus propósitos productivos.
- Realización de un adecuado mantenimiento de las obras hidráulicas para reducir las pérdidas por infiltración.

VALORACIÓN DE PACIENTES

Se utiliza el triage

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.

Para ello, se utilizan tarjetas específicas

Son

Una tarjeta ROJA

Primera prioridad en evacuación.

Corresponde a

1. Problema respiratorio no corregible "in situ".
2. Paro cardíaco (presenciado).
3. Hemorragia abundante (más de un litro).
4. Pérdida de consciencia.
5. Heridas penetrantes (torácicas o abdominales).
6. Fracturas graves (pelvis, costillas, vértebras cervicales).

Una tarjeta VERDE

Segunda prioridad en evacuación.

Corresponde a

1. Quemaduras de segundo (> 30%) o tercer grado (>10%).
2. Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas.
3. Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara.
4. Hemorragia de 500 a 1000 cc.
5. Lesiones dorsales con o sin daño de columna.
6. Pacientes conscientes con daño cráneo-encefálico importante.

Una tarjeta AMARILLA

Tercera prioridad en evacuación

Corresponde a

1. Fracturas y otras lesiones menores.
2. Quemaduras menores de segundo grado.
3. Quemaduras de segundo (> 30%) o tercer grado (>10%).
4. Quemaduras complicadas con otras lesiones graves de tejidos blandos o fracturas. Quemaduras de tercer grado que afecten manos, pies o cara Hemorragia de 500 a 1000 cc.
5. Lesiones dorsales con o sin daño de columna.
6. Pacientes conscientes con daño cráneo-encefálico importante.

Una tarjeta NEGRA

No evacuación

Corresponde a

1. Fallecidos.
2. Pacientes sin pulso o respiración durante más de 20 minutos o cuyas lesiones hicieran imposible las medidas de resucitación.

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Definición

Paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida.

Identificar y tratar: ABCDE

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.

INTUBACIÓN

Pasos

- Preoxigenar con O2 al 100%.
- Sedación (Etomidato 0.3 mgrs/kg = 20 mgrs.
- Midazolam 0.2 mgrs/kg) y relajación (succinilcolina 1-2 mgrs/kg = 100 mgrs)
- Intubar
- Comprobar. Inflar el balón y determinar la posición del tubo: auscultación y monitorización de CO2 (capnógrafo).
- Ventilar.

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

Es

- 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. (Disability) Neurológico

Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central).

Puede deberse a

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

E. Desvestir con control de la temperatura

En 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).

Para controlar la temperatura debemos:

Calentar el ambiente.

Uso de mantas térmicas.

Calentar sueros y sangre

PACIENTES QUEMADOS

Definición

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.

Clasificación

EXTENSIÓN

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.**

PROFUNDIDAD

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.

PROFUNDA

Se forman menos flictenas, y 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 suele producirse a los 20 días, por encima de este tiempo existe riesgo de cicatriz hipertrófica. Pueden presentarse con aspecto carbonáceo o nacarado.

AGENTE CAUSAL

Son

El agente causal más frecuente de las quemaduras es el fuego

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.

ELÉCTRICAS

Son en general, de poca extensión, pero profundas. Dependerán de la intensidad de la corriente y de la resistencia del propio individuo. La descarga eléctrica podrá haberse alejado del punto de entrada conducida por nervios, vasos y tejidos musculares.

ESCALDADURA

Son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición.

GRAVEDAD

Está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente.

Evaluación inicial del paciente quemado

Examen general

Historia clínica completa

Agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos, etc.

Examen de la quemadura

Permite determinar la gravedad de la quemadura.

Pruebas complementarias

- Bioquímica: urea, creatinina, iones, glucosa, amilasa, CPK.
- Gasometría con carboxihemoglobina
- Orina y sedimento.
- Rx tórax y electrocardiograma en quemaduras eléctricas.

AHOGAMIENTO

En el manejo extrahospitalario conviene tener presente:

- 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.

- No se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea, pues no mejora los resultados de la resucitación y, sin embargo pueden producir vómitos y aspiración, complicando aún más el caso.

- Masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores.

- Control de la hipotermia ya que a menor temperatura corporal, menos necesidad de consumo de oxígeno-

- Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación.

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 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

Consiste

- El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente 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, etc.
- 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).

PACIENTE INTOXICADO

Definición

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

Etiología

Accidental

Son

- Laboral
- Doméstica
- Iatrogénica

Intencional

Son

- Drogas
- Alcohol
- Autólisis

Actitud en urgencias ante un paciente intoxicado.

Son

- 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.

Evaluación

Es

- 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

Se basa

- Valoración vía aérea y exploración cardiovascular.
- Exploración neurológica: nivel de conciencia, focalidad, pupilas (midriasis: cocaína, tricíclicos, fenotiazinas, miosis: opiáceos, organofosforados, alcohol, benzodiazepinas).
- Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos).
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.
- Exploración extremidades: signos de venopunción.

BIBLIOGRAFIA

Libro SOPORTE VITAL AVANZADO EN ADULTO AMERICAN HEART ASSOCIATION AHA

2 Libro URGENCIAS EN ENFERMERÍA HERNANDEZ UTRILLA JUAN TRILLAS

3 Libro RCP CODIGO AZUL MTRA. JUANA VELAZQUEZ INTERSISTEMA