



MAPA CONCEPTUAL

TEMA: Cómo actuar ante una emergencia.

MATERIA: Prácticas profesionales.

NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: Noveno.

¿COMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA?

Existen multitud de situaciones en las que la salud de una persona puede verse afectada pero sólo algunas de ellas requieren de primeros auxilios.

PASOS PARA ATENDER UNA EMERGENCIA

1- Solicitar atención: La solicitud de atención de emergencia y/o urgencia médica deberá ser realizada por el brigadista de cada piso, o en su ausencia, por el primer respondiente.

2- Valoración Primaria: Se entiende por valoración primaria a la actividad que ejecuta el brigadista o el responsable del inmueble, quien tiene conocimientos en primeros auxilios.

3- Valoración secundaria: Realizar una evaluación física de cabeza a pies: color de piel, si hay sudoración, frialdad, aumento de dolor, abdomen distendido. Si se dispone de tensiómetro, realizar la toma de presión arterial, palpar el cuerpo en busca de otras lesiones o fracturas.

4- registrar los datos del paciente, signos vitales.

5- En caso de intoxicación realizar maniobras de Heimlich.

6- En caso de paro cardiorrespiratorio iniciar RCP; que consiste en una combinación de respiraciones y compresiones torácicas que dan un masaje cardíaco externo.

7- Realizar cuidados posteriores al paciente.

Despejar vía aérea. Se hace un barrido en la cavidad bucal rápida con los dedos.

Respiración: En esta fase evaluación de la calidad de la respiración el ritmo y la dinámica de la oxigenación. Si la respuesta es de una baja respiración se procede a la reanimación (RCCP) Reanimación cerebro cardíaca pulmonar.

Circulación: Si hay reparación hay circulación. Evaluación del ritmo bajo el siguiente criterio. Ritmo intensidad y amplitud del latido cardíaco. Si no hay ritmo iniciar reanimación (RCCP) Reanimación cerebro cardíaca pulmonar.

Déficit neurológico: Hace referencia al paso de la evaluación del estado de conciencia.

Integridad ósea: Es la evaluación que permite detectar a nivel cervicocaudal y en cualquier otra extremidad y en zona del cuerpo que se detecte problemas óseos.

PRINCIPALES EMERGENCIAS

AHOGAMIENTO

Se define como el proceso conducente a la imposibilidad de respirar debido a su inmersión o inmersión en un líquido.

TIPOS

Ahogamiento primario

Es el tipo más común, no presentando en su mecanismo ningún factor desencadenante del accidente.

Ahogamiento secundario

Se produce por patología asociada que precipita el accidente, lo que imposibilita a la víctima mantenerse en la superficie. Representa el 13% de los casos de ahogamiento.

SEÑALES Y SÍNTOMAS

Obstrucción de la vía aérea.

Respiración inadecuada o ausente.

Ausencia de pulso.

Lesión espinal.

Lesión craneal.

Lesiones de tejidos blandos.

Lesiones musculoesqueléticas.

Hemorragia interna o externa.

Hipotermia.

Abuso de drogas o alcohol.

Ahogamiento o casi-ahogamiento.

CAUSAS

1. Alcohol.
2. Crisis convulsivas.
3. Traumatismos.
4. Enfermedades cardíacas pulmonares.
5. Trastornos genéticos (síndrome QT prolongado).
6. Intentos de suicidio y homicidios, etcétera.

EL AYUDISTA EN PRIMEROS AUXILIOS ANTE LAS URGENCIAS

PROTOCOLO PAS El protocolo estándar ha sido llamado es el llamado Proteger, Alertar y Socorrer. Esto indica el orden en el que tenemos que seguir las instrucciones hasta que puedan acudir los equipos de emergencia para comenzar las operaciones de rescate.

MEDIDAS BASICAS

PROTEGER

- En primer lugar, protégete manteniendo la calma y recordando cómo deben de ser las medidas para evitar males mayores.
- Asegura tu bienestar más inmediata protégete a ti en primer lugar poniéndote a salvo en caso de que aún haya peligro.
- Una vez estés a salvo, protege la zona. Si es un accidente de tráfico, márcala con conos o triángulos. Si alguien se está quemando, intenta apagar ese fuego. Si alguien ha sufrido una descarga eléctrica, intenta cortar la corriente.

ALERTAR

- En caso de no saberlo, identifica la zona en la que te encuentras, el número de heridos, tipo de accidente y catástrofe y algún tipo de posible peligro (por ejemplo, si se trata de una explosión de gas, habrá que llamar a la compañía del gas para que corten el gas).
- Es el momento en el que llamas a tele asistencia para que puedan venir los servicios de urgencia para que puedan encargarse la evacuación de heridos. Normalmente, el número será el 112. Responde a las preguntas que te hará el operador de tele asistencia para tener el mayor número de información.

ESTADO GRAVE O CRÍTICO DE COMA Y SHOCK

COMA

Constituye la depresión completa de la vigilia de la cual el paciente no puede ser despertado con ningún estímulo.

TIPOS

Comprenden el coma, estado vegetativo mutismo aquínetico y el estado de conciencia mínimo. Coma (ya definido previamente) Estado vegetativo (coma vigil, estado apático): El paciente mantiene la vigilia pero hay un trastorno severo del conocimiento.

SHOCK

El shock es un síndrome multifactorial que requiere un enfrentamiento sistemático para su identificación, clasificación y tratamiento adecuado. Apesar de los avances en medicina, distintos estudios y series clínicas indican que la mortalidad puede llegar hasta un 50%.

TIPOS DE SHOCK

1. **Shock anafiláctico** Reacción sistémica de hipersensibilidad de carácter grave y a veces mortal, consecuencia de la exposición a una sustancia sensibilizante como un fármaco, una vacuna, ciertos alimentos, un extracto alérgico, un veneno o alguna sustancia química.
2. **Shock cardiogénico** Se relaciona con un bajo gasto cardíaco ('falta de bombeo'), asociado generalmente al infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias graves.
3. **Shock hipovolémico** Es una pérdida rápida y masiva de la volemia que acompaña a gran variedad de trastornos médicos y quirúrgicos, como traumatismos, hemorragias digestivas, ginecológicas y patología vascular.
4. **Shock séptico** Hipotensión arterial debida a la sepsis que persiste y no responde a la expansión del volumen intravascular con líquidos, acompañada de alteraciones de la perfusión (adosis metabólica o hipercapnia), o requiere de fármacos vasoactivos para mantener la presión arterial.

ESCALAS DE VALORACION

GLASGOW

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

OBJETIVO

Determinar el nivel de conciencia del paciente.

PROCEDIMIENTO

- Preservar la integridad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow avisar inmediatamente al médico.

ESCALA GLASGOW ADULTOS

VALORA

APERTURA DE OJOS

RESPUESTA

- | | |
|--------------|----|
| - ESPONTANEA | -4 |
| - AL SONIDO | 3 |
| - AL HABLA | 2 |
| - AUSENTE | 1 |

PUNTAJON

RESPUESTA VERBAL

RESPUESTA

- | | |
|----------------|---|
| - ORIENTADO | 5 |
| - CONFUSO | 4 |
| - INCOHERENTE. | 3 |
| - INTELIGIBLE | 2 |
| - AUSENTE | 1 |

PUNTAJON

RESPUESTA MOTORA

RESPUESTA

- | | |
|----------------------|---|
| - OBEDECE ORDENES. | 6 |
| - LOCALIZA EL DOLOR. | 5 |
| - REFLEJO RETIRADA | 4 |
| - FLEXION ANORMAL | 3 |
| - EXTENSION ANORMAL. | 2 |
| - AUSENTE. | 1 |

PUNTAJON

RAMSAY

CONCEPTO

La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva. Presenta 6 grados de sedación.

NIVEL

1

Despierto, ansioso, agitado y no descansa.

2

Despierto, cooperador, orientado y tranquilo.

3

Dormido con respuesta a órdenes.

4

Somnoliento, con breves respuestas a la luz y el sonido.

5

Dormido con respuesta solo al dolor.

6

Profundamente dormido sin respuesta a estímulos.

SILVERMAN

La escala de Silverman es muy utilizada en las UCINs para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de estrés Respiratorio.

Valora la función respiratoria del recién nacido basado en 5 criterios.



0 puntos: sin dificultad respiratoria

1 a 3 puntos: con dificultad respiratoria leve.

4 a 6 puntos: con dificultad respiratoria moderada.

7 a 10 puntos: con dificultad respiratoria severa.

EVA

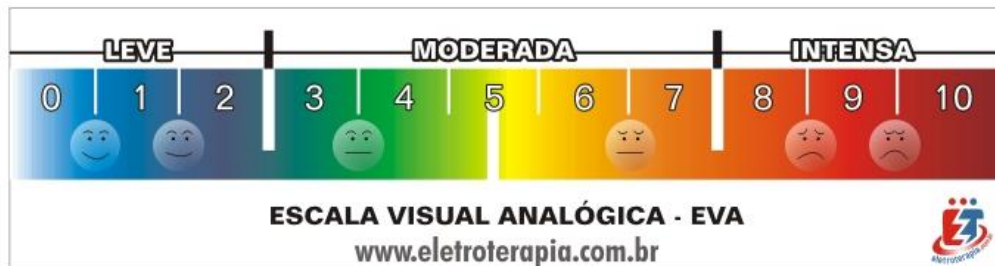
La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será:

1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3

2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8







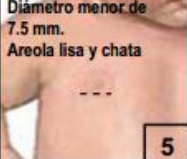
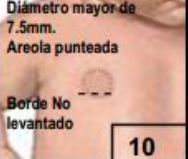

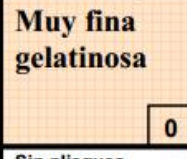

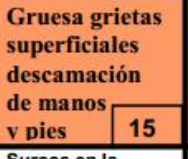


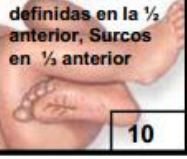
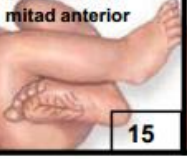



CAPURRO

En neonatología, la valoración o test de Capurro (o método de Capurro) es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.

El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada. Este método fue obtenido mediante un estudio prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación: A y B.

La edad gestacional es la forma de juzgar la madurez y tamaño de un recién nacido. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada niño de acuerdo a su desarrollo como alimentarse o estimular necesidades de su cuidado.

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado 15	_____
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

APGAR

CONCEPTO

La puntuación de Apgar es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia.

La prueba de Apgar (también conocida como "test de Apgar") se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento, y de nuevo, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante, se puede evaluar al bebé por tercera vez.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL BEBÉ A LA VIDA FUERA DEL ÚTERO

ESCALA DE APGAR

Método simple y eficiente de medir la salud del recién nacido y de determinar si necesita o no alguna asistencia médica inmediata por Christiana Filizola Christiana Filizola

www.experienciasdeumtecnicoenfermagem.com
Experiências de um Técnico de Enfermagem

A	P	G	A	R
APARÊNCIA	PULSO	GESTICULACIÓN	ACTIVIDAD	RESPIRACIÓN
0 Cianosis o Palidez	0 Sin Pulso	0 Sin respuesta al estímulo	0 Ninguna o poca actividad	0 Ausente
1 Cianosis en las extremidades	1 <100 pulsaciones por minuto	1 Estimulación agresiva	1 Algunos movimientos en los extremos	1 Baja/lento, irregular
2 Sin Cianosis	2 >100 pulsaciones por minuto	2 Llanto vigoroso, tos o estornudo	2 Mucha actividad	2 Fuerte, llanto vigoroso

PUNTUACIÓN

✓ 7-10 Buena Vitalidad	⚠ 4-6 Asfixia Moderada	🚨 0-3 Asfixia Grave
----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Ilustración exclusiva Página e Blog: www.facebook.com/experienciasdeumtecnicoenfermagem

Ilustración por favor para fines educativos de autor (ley 9.690/98) en zonas autorizadas. Prohibida la reproducción.

Siga nuestra página oficial [facebook.com/experienciasdeumtecnicoenfermagem](http://www.facebook.com/experienciasdeumtecnicoenfermagem)

BRADEN

CONCEPTO

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

OBJETIVO

Cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión que presenta el paciente.

o Equipo: Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Braden.

o Material: - Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Preservar la integridad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora.

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Falta de conciencia - Déficit de visión - Capacidad sensorial limitada	Muy limitada Responde solo ante estímulos dolorosos - No responde a estímulos táctiles o térmicos	Ligeramente limitada Responde ante estímulos verbales - Responde a estímulos táctiles - Responde a estímulos térmicos	Sin limitaciones Responde a estímulos verbales - Responde a estímulos táctiles - Responde a estímulos térmicos
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se levanta o gira al paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Normalmente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Desahogado ocasionalmente	Desahogado frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre El paciente gana o pierde más de 4 libras	Probablemente inadecuada El paciente sufre que la cantidad mínima de sus días, líquidos y calorías	Adecuada El paciente recibe por día la cantidad mínima de sus días, líquidos y calorías	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de rodadura o ayudas mecánicas para ser movido	Problema potencial Se mueve con dificultad y requiere de ayudas mecánicas	No existe problema aparente Se mueve en la cama y se levanta con independencia	

RIESGO UPP

ALTO = < 12 PUNTOS **MODERADO = 13 - 14 PUNTOS** **BAJO = 15-16 PUNTOS (< 75 años) / 15-18 PUNTOS (> 75 años)**