



**UDS**

**Mi Universidad**

## **SUPERNOTA**

*NOMBRE DEL ALUMNO (A): MARISOL LÓPEZ ORDOÑEZ*

*NOMBRE DEL TEMA: ¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA?*

*PARCIAL: 2*

*NOMBRE DE LA MATERIA: PRACTICAS PROFESIONALES*

*NOMBRE DEL PROFESOR: ALFONSO VELÁZQUEZ RAMÍREZ*

*NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERÍA*

*CUATRIMESTRE: 9*

# AHOGAMIENTO

El ahogamiento es un proceso en el que una persona tiene dificultades para respirar debido a la inmersión en un líquido, generalmente agua. Esto puede resultar la muerte, morbilidad o no-morbilidad. El ahogamiento puede ser causado por la aspiración de líquidos en las vías respiratorias, o por un espasmo de las cuerdas vocales que impide la respiración.

## EL AHOGAMIENTO PUEDE CLASIFICARSE:

- Ahogamiento húmedo: cuando la persona aspira agua en los pulmones.
- Ahogamiento seco: cuando la persona no aspira agua, pero el espasmo de las cuerdas vocales impide la respiración.
- Ahogamiento secundario: cuando la muerte ocurre por complicaciones que se desarrollan de la inmersión, como neumonitis o edema pulmonar.

## FISIOPATOLOGÍA.

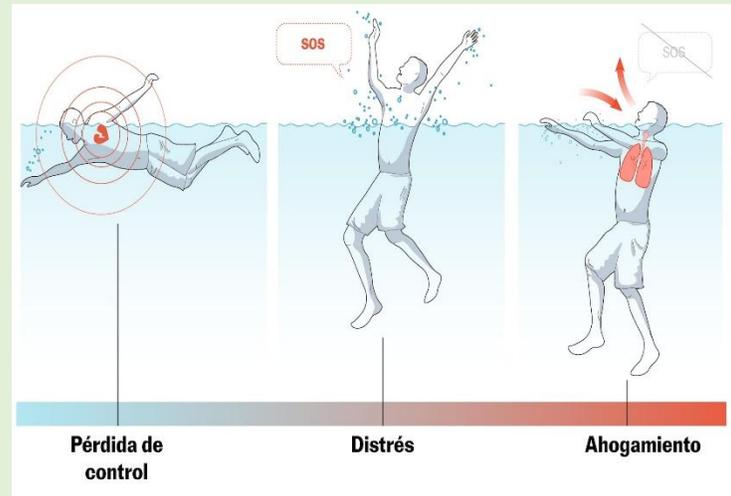
Durante el ahogamiento, la inmersión en un líquido provoca la obstrucción de las vías respiratorias, ya sea por aspiración de agua o por un espasmo laríngeo que impide la entrada de aire. Esta obstrucción conduce a una disminución de oxígeno en la sangre (hipoxemia), acumulación de dióxido de carbono (hipercapnia) y si no se revierte a una parada cardiorrespiratoria.

## AHOGAMIENTO SECO Y SECUNDARIO.

Se refiere a casos en los que el espasmo de las cuerdas vocales impide la entrada de agua a los pulmones, pero también bloquea la respiración. Por otro lado, el ahogamiento secundario ocurre cuando pequeñas cantidades de aguas aspiradas causan inflamación y edema pulmonar horas después del incidente inicial.

## FACTORES DE RIESGO.

- Edad: los niños y los adolescentes presentan tasas más altas de ahogamiento.
- Sexo: los hombres tienen un riesgo significativamente mayor que las mujeres.
- Consumo de alcohol y drogas: aumenta el riesgo de comportamientos peligrosos en el agua.
- Condiciones médicas: trastornos como la epilepsia pueden aumentar el riesgo.
- Falta de habilidades de natación: no saber nadar es un factor de riesgo sumamente importante.



## SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Pueden incluir:

- Dificultad para respirar o respiración superficial.
- Tos persistente o a veces esputo espumoso.
- Piel azulada (cianosis) debido a la falta de oxígeno.
- Pérdida de conciencia.
- Pulso débil o ausente.

## DIAGNOSTICO.

Se pueden realizar pruebas complementarias como:

- Radiografía del tórax: para detectar infiltrados pulmonares o edema.
- Gasometría arterial: Para evaluar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en sangre.
- Electrocardiograma: para identificar posibles arritmias.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento inmediato es crucial y puede incluir:

- Reanimación cardiopulmonar (RCP): si la persona no respira o no tiene pulso.
- Administración de oxígeno: para corregir la hipoxemia.
- Ventilación mecánica: en casos de insuficiencia respiratoria grave.
- Tratamiento de hipotermia: mediante el calentamiento gradual del cuerpo.

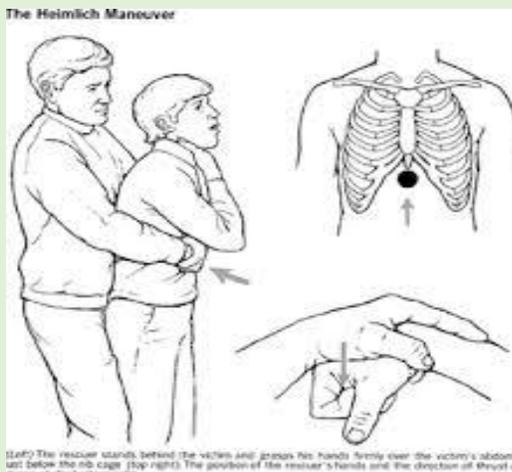
Si nos encontramos a una persona inconsciente en el agua, o fuera de ella, el primer paso es liberar la vía aérea (nariz y boca). Si esto ocurre dentro del agua, es primordial garantizar nuestra propia seguridad y después pedir ayuda.

- Evaluación de la situación: asegurarse de que el área circundante sea segura antes de acercarse a la persona que se está ahogando.
- Llama a los servicios de urgencias: si hay alguien que se está ahogando pedir ayuda inmediatamente.
- Proporciona flotación: trata de lanzar o extender algún objeto flotante, como un flotador, un chaleco salvavidas o una cuerda.
- Ayudar a salir del agua: si es posible la víctima está cerca de la orilla, puedes intentar extender un objeto largo. Como una rama o un palo, para que lo agarre y pueda ir hacia un lugar seguro.
- Realizar maniobra de Heimlich (compresiones abdominales): si la persona está consciente y muestra signos de obstrucción de las vías respiratorias, puede ser necesario realizar esta maniobra.
- Realizar RCP: si la persona está inconsciente y no respira, se le debe realizar RCP de inmediato.

## MANIOBRA DE HEIMLICH EN NIÑOS.

Si un niño no respira, o si está pálido o tiene una voz muy débil, necesita atención inmediata. En primer lugar, pedir ayuda a emergencia al 911. Realizar maniobra de Heimlich en los niños. Para los niños más grandes, esta técnica se puede usar si está acostado, sentado o de pie.

- Si el niño está consciente y sentado o de pie, colóquese detrás de él y rodee con sus brazos la cintura del niño.
- Coloque el dedo del puño correspondiente al pulgar en el centro del abdomen del niño, justo debajo del extremo inferior del esternón.
- Luego tome ese puño con su mano libre, presiona hacia adentro con compresión rápida y ascendente.
- Repita las compresiones hasta que el objeto sea expulsado con tos o el niño comience a toser o respirar.



## TRACCIÓN MANDIBULAR Y LEVANTAMIENTO DE LA LENGUA.

- Si el niño está inconsciente, recuéstelo en el suelo boca arriba e intente realizar la técnica de tracción mandibular y levantamiento de la lengua.
- Abra la boca del niño con el pulgar presionando la lengua y los otros dedos rodeando la mandíbula; como esto hace que la lengua se aleje de la parte posterior de la garganta, podrá despejar las vías aéreas respiratorias. Si se puede ver el objeto extraño, intente retirarlo "barriéndolo" con un dedo hacia un lado; hágalo con cuidado, ya que podría empujar el objeto aún más abajo en las vías respiratorias y provocar otra obstrucción.
- Si aún no ha vuelto la respiración, incline suavemente la cabeza del niño hacia atrás y levante la barbilla.
- Luego coloque su boca sobre la boca del niño, cierre la nariz apretando con los dedos y dele dos bocanadas lentas de aire que duren un segundo y medio a dos cada una. Si esta técnica no se ha resuelto. Vuelva a realizar la maniobra de Heimlich.
- Arrodillarse a los pies del niño y coloque la base de la palma de una de sus manos en la línea media entre el ombligo y la caja torácica. Luego coloque la otra mano sobre la primera.
- A continuación, presiona firme pero suavemente en el abdomen y realice seis a diez compresiones rápidas hacia adentro y hacia afuera.

## REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP).

- La reanimación cardiopulmonar es otro procedimiento de primeros auxilios que se debe utilizar únicamente cuando el niño no tiene pulso, lo que indica que su corazón ha dejado de latir.
- El RCP implica la compresión del tórax presionando con la base de la palma de la mano sobre la mitad inferior del esternón.
- Estas compresiones deben realizarse durante un periodo de aproximadamente 2 minutos, después de este se repite el ciclo.
- Debe ser realizada por una persona que haya recibido capacitación específica en esta técnica.



## MANIOBRA DE HEIMLICH EN LOS BEBES.

- Colocar al bebe boca abajo sobre el muslo de la pierna.
- Dale 5 palmadas en la espalda, entre los omoplatos. Comprueba si ha expulsado el objeto.
- Poner al bebe boca arriba y colocar dos dedos sobre el esternón, bajo la línea del pezón.
- Realiza 5 compresiones en el tórax. Abra su boca y comprueba si el objetivo ha sido expulsado.
- Repita el proceso de 5 palmadas y 5 compresiones hasta que se liberen sus vías respiratorias.
- Si el bebe pierde el conocimiento realizar RCP.

Lo primero que se debe de hacer, antes de realizar la maniobra de Heimlich en los bebes, es averiguar si el lactante sufre un agotamiento grave.

- Él bebe no emite sonidos y no llora.
- No es capaz de espirar ni de toser.
- Su rostro o labios tienen un calor azulado.



- Agarre su puño con la otra mano. De una comprensión rápido hacia arriba del abdomen. Esto puede provocar que el objeto salga expulsado. Es posible que necesite utilizar mas fuerza para una persona mas grande y menos para un niño o para un adulto de baja estatura.
- Repita la comprensión hasta que salga el objeto o la persona se desmaye.



## MANIOBRA DE HEIMLICH EN ADULTOS.

Una persona que se esta atragantando no puede hablar, toser ni respirar, y podría ponerse de color azulado. La maniobra de Heimlich puede ayudar a sacar la comida o objeto. No intente la maniobra a menos que este seguro de que la persona se esta ahogando.

Si la persona puede toser o hacer sonidos, déjele toser y tratar de expulsar el objeto. Si hay preocupación y no sabe qué hacer, puede llamar al numero de emergencia al 911.

Si la persona no puede respirar, toser ni hacer sonidos:

- Parece o póngase de rodillas detrás de la persona y rodéala con sus brazos alrededor de la cintura. Si la persona esta de pie coloque una de sus piernas de la persona para que la pueda sostener en caso de que esta se desmaye.
- Forme un puño con una mano. Coloque el puño con el lado del pulgar contra el abdomen de la persona, justo arriba del ombligo, pero por debajo del esternón.

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO

Los objetivos terapéuticos para un paciente que se ha ahogado incluyen proporcionar oxigenación adecuada, mantener una vía aérea permeable, mantener la perfusión cerebral, monitoreo continuo, proporcionar métodos de recalentamiento y ausencia de complicaciones.

## INTERCAMBIO DE GAS DETERIORADO.

Diagnóstico de enfermería

- Intercambio de gas deteriorado

Puede estar relacionado con:

- Aspiración aspiración (agua dulce o salada)
- Broncoespasmo
- Daño de la membrana capilar pulmonar
- Edema pulmonar
- Eliminación de tensioactivos pulmonares.

Posiblemente evidenciado por.

- Gases sanguíneos arteriales anormales
- Frecuencia, profundidad y ritmo respiratorios anormales
- Aspecto azulado y pálido
- Espudo espumoso teñido de rosa
- Hipoxemia
- Reacciones
- Estridor

Resultados deseados.

El paciente mantendrá un intercambio de gases óptimo, como lo demuestran los gases en sangre arterial (ABG) dentro del rango habitual del paciente, una saturación de oxígeno del 90% o más, una mentalidad de alerta, receptiva o sin una disminución adicional en el nivel de conciencia, respiración relajada y frecuencia cardíaca inicial. Para el paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
Evaluar el nivel de conciencia del paciente	A los tres minutos de la inmersión, los pacientes casi se ahogan quedan inconscientes y corren el riesgo de sufrir un edema cerebral.
Evaluar la frecuencia respiratoria, la profundidad y el ritmo del paciente.	Los cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio son signos de alerta temprana de dificultades respiratorias inminentes. La alteración del intercambio de gases puede resultar en patrones de respiración rápidos y superficiales e hipoventilación. La hipoxia se asocia con un mayor esfuerzo respiratorio.
Auscultar los pulmones para detectar ruidos respiratorios como crepitantes y sibilancias.	Los crepitantes son causados por la acumulación de líquidos en las vías

	respiratorias y por el edema pulmonar. Las sibilancias están relacionadas con el broncoespasmo.
Controlar los signos vitales de dificultades respiratorias como aleteo nasal, estridor, retracciones y el uso de musculo accesorios.	El patrón respiratorio se altera para aumentar la excursión del pecho y facilitar una respiración eficaz.
Evaluar cualquier signo de empeoramiento del edema pulmonar.	El esputo rosado y espumoso en un signo clásico de edema pulmonar; esto requiere la necesidad de ventilación mecánica.
Monitorizar la saturación de oxígeno y la ABC según los ordenado.	La pulsioximetría es una herramienta útil para detectar cambios en la oxigenación.
Controlar las lecturas de la radiografía del tórax.	Realizar informes de rayos x de tórax de todas las víctimas de inmersión para evaluar el grado de aspiración y la lesión pulmonar.
Proporcionar succión según las necesidades del paciente únicamente.	La hipoxia y la maniobra de Valsalva con succión puedan a aumentar la presión intracraneal (PIC).
Mantenga las vías respiratorias del paciente y ayude con la ventilación según sea necesario mientras protege la columna cervical.	Mantener la vía área permeable es siempre la primera prioridad. Las lesiones de la columna cervical siempre deben considerarse en las víctimas de casi ahogamiento, especialmente después de una inmersión.
Proporcionar oxigenación según lo ordenado.	Si el paciente tiene respiración espontánea, se administra oxigenación suplementaria con mascarilla.
Anticipe a la necesidad de intubación y ventilación mecánica.	Los resultados de la lesión pulmonar son un cuadro clínico del síndrome de dificultad respiratoria aguda: edema pulmonar, atelectasia, formación de membranas hialinas y lesión capilar pulmonar. Se sugiera la intubación temprana y la ventilación mecánica para evitar descompensación completa del paciente. La ventilación mecánica proporciona cuidados de apoyo para mantener una oxigenación y ventilación adecuadas.

## PERFUSIÓN INEFICAZ DE TEJIDO CEREBRAL.

Diagnóstico de enfermería

- Perfusión tisular ineficaz

Puede estar relacionado con:

- Edema cerebral
- Insuficiencia de intercambio de gases
- Aumento de la presión intracraneal (PIC)
- Hipoxemia prolongada

Posiblemente evidenciado por:

- Nivel alterado de conciencia
- Cambios de comportamiento
- Cambios de la respuesta motora
- Cambios en la respuesta pupilar
- Déficit en la respuesta de los pares craneales

Resultados deseados.

El paciente mantendrá una perfusión óptima del tejido cerebral, como lo demuestra la mentalidad alerta y receptiva; ausencia de déficit neurológicos; pupilas normo reactivas; función motora normal o basal.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTOS</b>
Utilizando la escala de coma de Glasgow, evaluar el nivel de conciencia	La GCS mide los cambios de conciencia basándose en las respuestas verbales, motoras y oculares. Los primeros signos de hipoxia cerebral son inquietud y ansiedad, que provocan agitación, confusión, letargo y coma.
Controlar cualquier signo de actividad convulsiva.	Cualquier irritación o trauma cerebral pone al paciente en riesgo de convulsiones. Las convulsiones aumentan el metabolismo cerebral y la demanda de oxígeno.
Supervisar el entorno del paciente para conocer el grado de estimulación.	Los estímulos ambientales pueden precipitar un aumento de los episodios de PIC.
Evaluar las respuestas de los nervios craneales, especialmente el nervio vago.	La ausencia del par craneal x indica la necesidad de un mantenimiento artificial de las vías respiratorias.
Monitoree los niveles de etanol y los resultados de las pruebas toxicología.	El uso recreativo de alcohol o drogas puede estar asociado con accidentes de ahogamiento; sus efectos pueden enmascarar la verdadera pérdida del conocimiento.
Adopte precauciones para las convulsiones, como barandillas laterales levantadas y acolchadas, la cama una posición baja, protección para la cabeza si es necesario.	La seguridad del paciente es una prioridad. Mantener la cama en la posición mas baja reduce el riesgo de caídas durante la actividad convulsiva. Las barandillas laterales y los cascos protectores reducen el riesgo de lesiones durante las convulsiones tonico-clonicas.
Mantener la cabecera de la cama elevada; mantenga una alineación de la cabeza y el cuerpo en la línea media.	Esta posición promueve el drenaje venoso del cerebro para reducir la PIC.
Disminuir la exposición del paciente a estímulos innecesarios.	La atención a la reducción de los estímulos ambientales (reducción de ruido, cierre de cortinas, evitar actividades de enfermería innecesarias), reduce el riesgo de convulsiones.
Disminuya la frecuencia de succión.	La hipoxemia y la maniobra de Valsalva asociada con la succión pueden elevarla PIC y colocar al paciente en mayor riesgo de convulsiones.
Administrar anticonvulsivos según los preinscrito.	La farmacoterapia es el enfoque principal para prevenir y controlar la actividad convulsiva.
Para pacientes con signos de aumento de la PIC:	

Mantener los niveles de oxigenación.	Una oxigenación adecuada previene un mayor daño hipoxémico.
Administrar hiperventilación, según se indique en colaboración con el terapeuta respiratorio.	La hiperventilación elimina el dióxido de carbono para controlar el fluido sanguíneo cerebral, y a su vez controla el aumento de la PIC. Esto reduce el riesgo de convulsiones.

### **VOLUMEN DE LÍQUIDO DEFICIENTE /EXCESIVO**

Diagnóstico de enfermería;

- Volumen de líquido deficiente
- Exceso e volumen de liquido

Puede estar relacionado con:

Déficit:

- Aspiración de agua salada
- Cambio de liquido del espacio intravascular al intersticial

Exceso:

- Aspiración de agua salada
- Cambio de liquido del espacio intersticial al intravascular

Posiblemente evidenciado por:

Déficit:

- Orina de color oscuro
- Disminución de la producción de orina a menos de 30 ml por hora
- Disminución de la presión arterial
- Hemoconcentración
- Aumentar la frecuencia cardiaca

Exceso:

- Disminución de los niveles de hemoglobina y hematocrito
- Distensión de la vena yugular
- Aumento de la presión arterial
- Aumento de la presión venosa central (PVC)
- Aumento de peso en un periodo corto

Resultados deseados.

El paciente mantendrá un volumen de liquido adecuado, como lo demuestra la producción de orina superior a 30 ml por hora, la presiona arterial normotensiva y la frecuencia cardiaca inferior a 100 latidos por minuto.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTOS</b>
-------------------------------------	--------------------

Evaluar cualquier cambio de peso	El peso corporal es un indicador más sensible del estado de volumen del líquido que la ingesta y salida. 2.2 libras de aumento de peso equivalen a 1 litro de líquido.
Evaluar la entrada y salida del paciente, controlar la gravedad específica de la orina.	Aunque la ingesta total de líquidos puede ser suficiente, el desplazamiento de líquido fuera de los espacios intravasculares hacia los extravasculares puede provocar deshidratación y disminución de la producción.
Evaluar si hay crepitaciones y dificultad para respirar.	Estos signos son causados por la acumulación de líquido en los pulmones. Sin embargo, la presencia de crepitantes en la auscultación o la congestión pulmonar en rayos x puede no indicar una sobrecarga líquida si el paciente tiene una aspiración de agua salada, que extrae agua de la circulación hacia los alveolos.
Tener en cuenta cualquier cambio en la frecuencia cardíaca y la presión arterial.	La aspiración de agua dulce que ingresa a la circulación expandirá el volumen de sangre y aumentará la FC y PA.
Evaluar las venas del cuello distendidas.	Los pacientes con volumen expandido exhibirán CVP elevada y venas del cuello distendidas.
Monitorear los valores de laboratorio del paciente, según lo ordenado:	
Hematocrito	Esta evaluación determina el nivel de hemodilución o concentración.
Sodio	La deshidratación es un estado hiperosmolar en el que aumenta los niveles de sodio sérico. Los niveles séricos de sodio disminuyen con la hemodilución.
Potasio	La hipopotasemia puede deberse al aumento de la diuresis.
PH sanguíneo	La acidosis y alcalosis requieren corrección. El cambio específico guía el enfoque del tratamiento.
Controlar la presión venosa central del paciente.	Esta medición directa sirve como una guía óptima por la terapia. La hipovolemia grave provocara una disminución de la PVC, lo que indica la necesidad de expansores de volumen. El exceso de líquido aumenta la CVP.
Ayudar al médico con la inserción de una línea venosa central y una línea arterial según lo indicado.	Estas medidas permiten una administración de líquidos mas eficaz y facilitan la monitorización hemodinámica.
administrar líquidos por vía intravenosa según lo indicado.	Se administran líquidos para mantener el estado de hidratación en pacientes con déficit de líquidos.

Administrar expansores de volumen de líquido según lo indicado.	Los expansores de volumen son las soluciones líquidas intravenosas que se utilizan para aumentar o para retener el volumen de líquido en la sangre circulante. También puede corregir los desequilibrios de líquidos.
Administrar bicarbonato de sodio según lo indicado.	La acidosis metabólica se corrige mediante la administración de bicarbonato de sodio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/ahogamiento>
2. <https://www.ilerna.es/blog/primeros-auxilios-ahogamiento>
3. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/Paginas/responding-to-a-choking-emergency.aspx>
4. <https://www.ludusglobal.com/blog/maniobra-de-heimlich-en-bebes-como-se-realiza>
5. <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/maniobra-de-heimlich-para-adultos-y-para-nios-de-tf7235>
6. <https://enfermeriavirtual.com/pae-casi-ahogados/>
7. <https://nurseslabs.com/drowning-submersion-injury-nursing-care-plan/>
8. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49\\_ahogamiento.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49_ahogamiento.pdf)
9. [https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4726/TFG\\_Maria%20Dominguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4726/TFG_Maria%20Dominguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.III.23.14>.