



Súper nota

Nombre del alumno (a): Lucero del Milagro Bastard Mazariego.

Nombre del tema: Ahogamiento y cuidados de enfermería.

Parcial: 2°.

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales.

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 9°.



LUCERO BASTARD



PRINCIPALES EMERGENCIAS

AHOGAMIENTO

Proceso de sufrir insuficiencia respiratoria tras un episodio de sumersión o inmersión en un medio líquido. El ahogamiento puede definirse como la muerte por asfixia tras el paso de líquidos a la vía aérea.

un proceso continuo, comenzando cuando la vía aérea se encuentra por debajo de un medio líquido, habitualmente agua. Esto induce una cascada de reflejos y cambios fisiopatológicos que si no se interrumpen pueden llevar a la muerte por hipoxia tisular.

FISIOPATOLOGÍA



Se produce un deterioro respiratorio primario, debido a inmersión en el medio líquido, seguido de obstrucción de la respiración espontánea, por laringoespasma involuntario o por aspiración de agua, que conduce a hipercapnia, hipoxemia y, si se prolonga, parada respiratoria o cardiorrespiratoria.



CLASIFICACIÓN

Los ahogamientos deben describirse como fatales o no fatales y los resultados se clasifican como muerte, morbilidad o ausencia de morbilidad. Otros términos utilizados para describir este tipo de accidentes han sido inmersión o sumersión.

EPIDEMIOLOGÍA

La asfixia por inmersión se encuentra entre las 10 causas principales de mortalidad infantil y juvenil en todo el mundo. En 2022, en los Estados Unidos, el ahogamiento fue la principal causa de mortalidad por lesiones en niños de 1 a 4 años.



SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALERTA



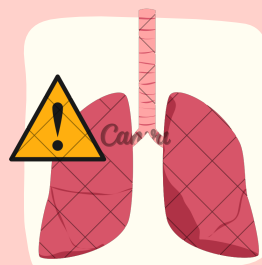
Durante el ahogamiento puede producirse pánico y desesperación por el aire.



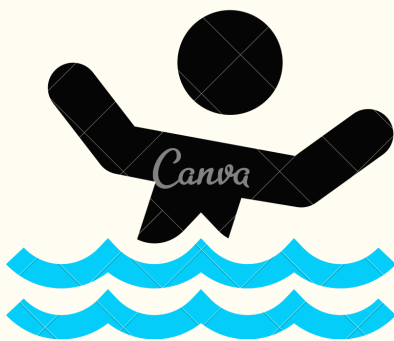
Los niños que no saben nadar pueden sumergirse en < 1 minuto, más rápidamente que los adultos.



Después del rescate, es frecuente que haya ansiedad, vómitos, sibilancias y alteraciones del nivel de consciencia.



Los pacientes pueden presentar insuficiencia respiratoria con taquipnea, retracciones intercostales o cianosis.



CAUSAS

- Intento de suicidio
- Intentar nadar demasiado lejos
- Trastornos conductuales/del desarrollo
- Golpes en la cabeza o convulsiones al estar en el agua
- Consumir alcohol u otras drogas al viajar en botes o al nadar
- Ataque cardíaco u otros problemas cardíacos al nadar o bañarse
- No usar chalecos salvavidas (dispositivos de flotación personales)
- Caer a través de capas de hielo delgadas
- Incapacidad para nadar o experimentar pánico al nadar
- Dejar niños pequeños sin vigilancia alrededor de bañeras y piscinas
- Conductas de riesgo
- Nadar en aguas muy profundas, alborotadas o turbulentas



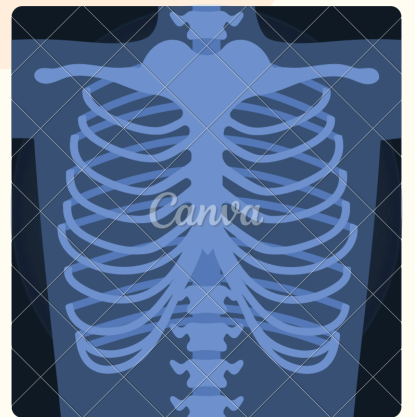


PRINCIPALES EMERGENCIAS

AHOGAMIENTO

DIAGNÓSTICO

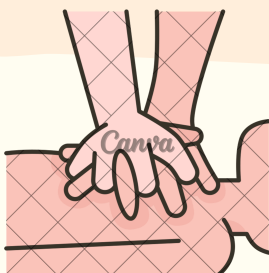
- Evaluación clínica
- Para las lesiones concomitantes, se indican estudios de diagnóstico por imágenes
- Oximetría de pulso y, si los resultados son anormales o si existen signos y síntomas respiratorios, gases en sangre arterial (GSA) y radiografía de tórax.
- Medición de la temperatura central para descartar hipotermia
- Evaluación para trastornos causales o que contribuyen (p. ej., convulsión, hipoglucemia, infarto de miocardio, intoxicación, lesión)
- Supervisión continua como está indicado para las complicaciones respiratorias tardías



TRATAMIENTO

- Reanimación
- Corrección de los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y otras anomalías fisiológicas
- Apoyo respiratorio intensivo

El tratamiento tiene como objetivo corregir el paro cardíaco, la hipoxia, la hipoventilación, la hipotermia y otras agresiones fisiológicas.



SOPORTE VITAL BÁSICO

Tras el rescate se debe posicionar a la víctima, fuera del lugar de peligro, con la cabeza y los pies al mismo nivel (en el mar de forma paralela a la línea de costa). Si la víctima tiene respiración espontánea eficaz se debe considerar la administración de oxígeno, si este está disponible, a ser posible con una mascarilla con reservorio con flujo de oxígeno de 10-15 lpm. El soporte vital básico a un ahogado en parada respiratoria se basa en la apertura de vía aérea y ventilación boca a boca con 5 ventilaciones de rescate (boca a boca o si se dispone de forma instrumentalizada con mascarilla y bolsa auto inflable). No se debe intentar drenar el agua de los pulmones sin haber iniciado las respiraciones de rescate. La respiración agónica o gasping debe considerarse a efectos prácticos como una parada respiratoria. Si se asocia parada cardíaca hay que añadir compresiones torácicas externas de forma coordinada con una frecuencia de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones si solamente está presente un reanimador o 15:2 si hay dos reanimadores (sanitarios).

Cadena de supervivencia



SOPORTE VITAL AVANZADO

Se basa principalmente en asegurar la vía aérea, adecuar la oxigenación, estabilizar hemodinámicamente, realizar descompresión gástrica y aislar térmicamente.



PRINCIPALES EMERGENCIAS

AHOGAMIENTO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las medidas de reanimación inmediata llevadas a cabo de un modo efectivo mejoran notablemente el pronóstico del niño.

- Imprescindible estabilizar la vía aérea buscando la permeabilidad de la misma en primer lugar, eliminando cualquier material extraño existente, manteniendo la ventilación y la administración de oxigenoterapia y líquidos.
- Especial atención si presenta traumatismo craneal y lesiones a nivel cervical, hipotermia y barotrauma.
- Adecuada inmovilización del cuello durante toda asistencia y traslado a centro hospitalario.
- Tratar las complicaciones que puedan surgir, derivadas del pulmón, o del edema cerebral secundario a ataque hipóxico.
- Control y vigilancia de constantes vitales, así como, control de la temperatura.

PRIORIDAD DE ENFERMERÍA

- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y una oxigenación adecuada
- Ayudar con las medidas para facilitar el intercambio de gases
- Evaluar y controlar las posibles complicaciones, como edema pulmonar, neumonía por aspiración y déficits neurológicos.
- Brindar apoyo emocional y tranquilidad al paciente y a la familia.
- Educar al paciente y a la familia sobre las medidas de seguridad en el agua, la prevención de incidentes de ahogamiento y la importancia de aprender RCP.



EVALÚE EL NIVEL DE CONSCIENCIA DEL PX.

A los tres minutos de inmersión, los clientes que se ahogan quedan inconscientes y corren el riesgo de sufrir un edema cerebral. Los nadadores experimentados pueden experimentar un síncope secundario a la hipoxia tras hiperventilar para eliminar el dióxido de carbono, mientras que los buceadores de aguas profundas pueden sufrir un desmayo en aguas poco profundas al ascender



EVALÚE LA FRECUENCIA, PROFUNDIDAD Y RITMO RESPIRATORIOS DEL PACIENTE.

Los cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorios son señales tempranas de alerta de dificultades respiratorias inminentes. La alteración del intercambio gaseoso puede provocar respiración rápida y superficial, así como hipoventilación. La hipoxia se asocia con un mayor esfuerzo respiratorio. La aspiración de tan solo 1 a 3 ml/kg de líquido provoca una alteración significativa del intercambio gaseoso

AUSCULTE EL PULMÓN PARA DETECTAR RUIDOS RESPIRATORIOS COMO CREPITACIONES Y SIBILANCIAS.

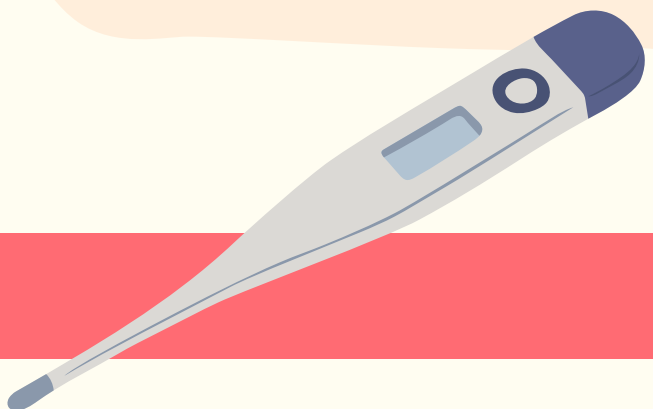
Las crepitaciones se deben a la acumulación de líquido en las vías respiratorias y al edema pulmonar. Las sibilancias se relacionan con el broncoespasmo. La presencia de agua en las vías respiratorias provoca tos y laringoespasmo. Cuando el laringoespasmo cesa, el paciente puede aspirar grandes cantidades de agua.

EVALÚE LA FRECUENCIA, PROFUNDIDAD Y RITMO RESPIRATORIOS DEL PACIENTE.

Los cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorios son señales tempranas de alerta de dificultades respiratorias inminentes. La alteración del intercambio gaseoso puede provocar respiración rápida y superficial, así como hipoventilación. La hipoxia se asocia con un mayor esfuerzo respiratorio. La aspiración de tan solo 1 a 3 ml/kg de líquido provoca una alteración significativa del intercambio gaseoso

VIGILE LA APARICIÓN DE SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, COMO ALETEO NASAL, ESTRIDOR, RETRACCIONES Y USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS.

El patrón respiratorio se modifica para aumentar la excursión torácica y facilitar una respiración eficaz. El período de hipoxia o hipoxemia se limita inicialmente a la duración de la hipopnea o apnea y puede resolverse con las maniobras iniciales de rescate.





LUCERO BASTARD



PRINCIPALES EMERGENCIAS

AHOGAMIENTO

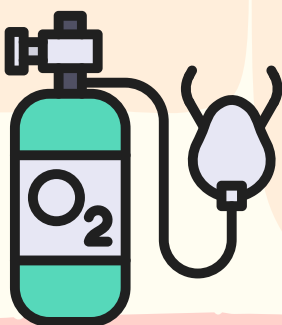
EVALÚE CUALQUIER SIGNO DE EMPEORAMIENTO DEL EDEMA PULMONAR.

El esputo rosado y espumoso es un signo clásico de edema pulmonar; esto requiere ventilación mecánica. También puede presentarse edema pulmonar postobstructivo tras laringoespasma y lesión neuronal hipóxica, con el consiguiente edema pulmonar neurogénico. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) por alteración del efecto surfactante y el edema pulmonar neurogénico suelen complicar el manejo.



MONITOREE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA GASOMETRÍA ARTERIAL (GSA) SEGÚN LO PRESCRITO.

La oximetría de pulso es una herramienta útil para detectar cambios en la oxigenación. La saturación de oxígeno debe ser del 90 % o superior. La disminución de la PaO_2 y las lecturas de la oximetría de pulso, así como el aumento de la PaCO_2 , son signos de insuficiencia respiratoria.



MONITORIZAR LAS LECTURAS DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

Se realizan radiografías de tórax a todas las víctimas de inmersión para evaluar el grado de aspiración y lesión pulmonar. Los estudios radiográficos de agua pulmonar se realizan 24 horas después de la presentación clínica. Una radiografía de tórax también puede detectar evidencia de aspiración, edema pulmonar o atelectasia segmentaria, lo que sugiere la presencia de cuerpos extraños.



MANTENGA LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE PERMEABLE Y ASISTA CON LA VENTILACIÓN SEGÚN SEA NECESARIO, PROTEGIENDO AL MISMO TIEMPO LA COLUMNA CERVICAL.

Mantener una vía aérea permeable es siempre la prioridad principal. Las lesiones de la columna cervical deben considerarse siempre en víctimas de ahogamiento, especialmente después de una inmersión. El manejo del paciente con una lesión por inmersión se basa en el grado de daño cerebral. La prioridad principal es restablecer el suministro de oxígeno a las células y prevenir un mayor daño hipóxico.

PROPORCIONE OXIGENACIÓN SEGÚN LO PRESCRITO.

Si el paciente presenta respiración espontánea, se administra oxigenación suplementaria mediante mascarilla. Se justifica el uso temprano de intubación y PEEP, o CPAP/PEEP binivel (BiPAP) en pacientes despiertos, cooperativos y con menor hipoxia, si la hipoxia o la disnea persisten a pesar del 100 % de oxígeno.

ANTICIPE LA NECESIDAD DE INTUBACIÓN Y VENTILACIÓN MECÁNICA.

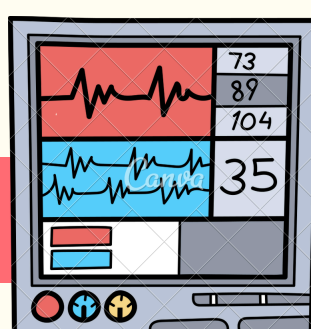
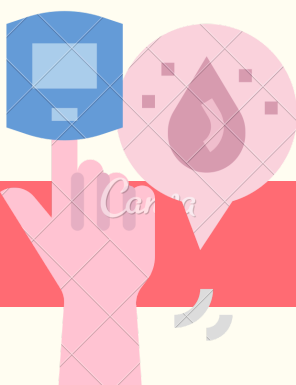
Las consecuencias de una lesión pulmonar son un cuadro clínico de síndrome de dificultad respiratoria aguda: edema pulmonar, atelectasia, formación de membrana hialina y lesión capilar pulmonar. Se recomienda la intubación temprana y la ventilación mecánica para prevenir la descompensación completa del paciente.

EVALÚE LA FRECUENCIA, PROFUNDIDAD Y RITMO RESPIRATORIOS DEL PACIENTE.

Los cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorios son señales tempranas de alerta de dificultades respiratorias inminentes. La alteración del intercambio gaseoso puede provocar respiración rápida y superficial, así como hipoventilación. La hipoxia se asocia con un mayor esfuerzo respiratorio. La aspiración de tan solo 1 a 3 ml/kg de líquido provoca una alteración significativa del intercambio gaseoso.

UTILIZANDO LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG), EVALÚE EL NIVEL DE CONSCIENCIA.

La ECG mide los cambios en el nivel de consciencia basándose en las respuestas verbales, motoras y pupilares. Los primeros signos de hipoxia cerebral son inquietud y ansiedad, que provocan agitación, confusión, letargo y coma.



Referencias:

1. (S/f-b). Aeped.es. Recuperado el 14 de junio de 2025, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49_ahogamiento.pdf
2. Richards, D. (2024, octubre 7). Ahogamiento. Manual MSD versión para profesionales; Manuales MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/ahogamiento/ahogamiento?ruleredirectid=757>
3. Richards, D. (2024b, octubre 7). Ahogamiento. Manual MSD versión para público general; Manuales MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/ahogamiento/ahogamiento?ruleredirectid=757>
4. Ahogamiento. (s/f). <https://www.cun.es>. Recuperado el 14 de junio de 2025, de <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/consejos-salud/ahogamiento>
5. Ahogamientos. (s/f). Who.int. Recuperado el 14 de junio de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drowning>
6. (S/f-b). Gob.mx. Recuperado el 14 de junio de 2025, de <https://www.gob.mx/promosalud/articulos/ahogamiento-una-de-las-principales-causas-de-muerte?idiom=es>
7. Ahogamiento: primeros auxilios. (s/f). Mayo Clinic. Recuperado el 14 de junio de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/first-aid/first-aid-choking/basics/art-20056637>
8. Prevención del Ahogamiento. (s/f). Paho.org. Recuperado el 14 de junio de 2025, de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-ahogamiento>
9. Cuidados de Enfermería urgente ante ahogamiento y casi-ahogamiento en paciente pediátrico. (2017). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-ahogamiento/>
10. Martin, P. (2017, septiembre 12). 6 drowning (submersion injury) nursing care plans. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/drowning-submersion-injury-nursing-care-plan/>
11. Sendler, I. (2021, diciembre 11). Planes de cuidados de enfermería casi ahogados. Enfermería Virtual. <https://enfermeriavirtual.com/pae-casi-ahogados/>