



Nombre del alumno:

Alan Iván Hernández Calderón.

Nombre del profesor:

Rubén Eduardo Domínguez García.

Nombre del trabajo:

Ensayo unidad III y unidad IV

Materia:

urgencias pediátricas.

Grado:

profesionalización.

Grupo:

A

En este ensayo hablaremos de patologías que cada vez son más comunes en nuestro medio sobre todo en el servicio de urgencias pediátricas y es muy importante dominar, como personal de salud se debe de tener conocimientos básicos sobre estos padecimientos como los que vamos hacer mención en este ensayo recordemos que un profesional de salud debe de tener la obligación de cómo actuar ante una urgencia.

Hablaremos sobre la atención de enfermería en el manejo de urgencias respiratorias primero que nada debemos hacer un triaje de enfermería que es, detectar rápidamente al paciente grave: piel fría y pálida o sudada y caliente o muy caliente, falta de pulso radial, pulso débil o pulso muy fuerte, respiración lenta y profunda o superficial y rápida, somnolencia o confusión, ¿Qué aremos? Avisar rápidamente al médico y mientras el medico llega pondremos O₂ a la concentración más alta posible y canalizaremos vía endovenosa; si no es un paciente con una insuficiencia respiratoria grave; por eso es importante hacer una anamnesis para saber ante qué tipo de patología respiratoria estamos, mientras tomamos constantes, preguntar por aumento de disnea, aumento de volumen del esputo o cambios de coloración del esputo, historial de agudizaciones en el último año.

Asfixia perinatal antes que nada debemos de saber su definición que se refiere a una condición durante la primera y segunda etapa del parto en la cual el intercambio de aire conduce a una acidosis fetal, hipoxemia e hipercapnia, se identifica como acidosis fetal medida en sangre arterial umbilical con un pH menor de 7.0; se han descritos no menos de cinco mecanismos principales de asfixia perinatal durante el trabajo de parto, el parto y el postparto que incluyen; interrupción de la circulación umbilical, alteración de intercambio de gases de la placenta, alteración de la circulación hacia la placenta, deterioro de la oxigenación materna, incapacidad del recién nacido para la inflación pulmonar y transición con éxito de la circulación fetal a la cardio pulmonar; según la OMS la asfixia perinatal esta entre las principales causas de muertes entre los neonatos; la asistencia de enfermería enfocada a

garantizar la recuperación de la salud del lactante es desarrollada de manera sistematizada e individualizada, con una manera humanizada, la asistencia debe ser extendida hasta los padre y familiares. Hace un momento hablamos de cuidados de enfermería sistematizado y personalizados esto quiere decir que a cada paciente se le elaborara un plan de acuerdo a sus necesidades y así intervenir en su mejora ejemplo hablaremos de patrón funcional: nutrición/ metabólico, diagnóstico: riesgo de glicemia inestable relacionado a alteración del estado mental, estado de salud física comprometido, intervenciones y acciones (NIC): manejo de la hipoglucemia, monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemia, muestra de sangre capilar, resultados (NOC) nivel de glucemia.

Hablamos de cuerpo extraño nos dice que es cualquier elemento ajeno al cuerpo que entra a este, a través de las vías aéreas, nariz, orofaringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmón impidiendo su normal funcionamiento, se habla de 300 muertes al año, su origen es alimentario en el 60% y variado en el 40% restante, con mayor frecuencia en menores de 5 años, de sexo masculino; cuerpos extraños grandes: bloquean la VA y ocasionas distress respiratorio agudo, con atelectasias e hiperinflación dependiendo se la oclusión es completa o parcial, cuerpo extraño pequeño bloquean los pequeños bronquios y la tos moderada puede ser el único síntoma.

Laringotraqueobronquitis aguda, también llamado croup o laringitis aguda se refiere al síndrome clínico caracterizado por voz disofonica, tos seca, ronca, estridor respiratorio y signos de dificultad respiratoria secundarios a obstrucción de la vía aérea superior, la obstrucción de la vía aérea superior es más frecuente en niños, especialmente en lactantes debido a sus características anatómicas y nos dice que es causado principalmente por el virus para influenza 1, 2, y 3 los factores de riesgo son no vacunarlos contra la influenza, edad de entre los 6 meses a 5 años con predominio masculino, ambiente guarderías, parques, zonas tropicales; los signos y los síntomas son inicio súbito de tos perruna, estridor respiratorio, voz ronca, alza térmica, obstrucción de la vía aérea superior, los síntomas empeoran en la noches

la principal complicación de la enfermedad es el edema por tal motivo se inicia antiinflamatorios, es importante mantener correcta saturación de oxígeno.

Asma bronquial hablamos que se considera como un síndrome inflamatorio de las vías aéreas, de características crónicas donde interviene el sistema inmune y los mediadores de la inflamación, se condiciona por parte genética y cursa con hiper respuesta bronquial, así como una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcial reversible, se caracteriza por sibilancias respiratorias, disnea, tos, entre otros, es muy frecuente antes de los tres años de edad y tiende a ser dos veces mayor la frecuencia en niños varones que en mujeres; las intervenciones de enfermería en este tipo de patología nos dice que podemos crear características optimas de la depuración de las vías aéreas y de la respiración, aliviar la ansiedad, evitar el espasmo y la obstrucción bronquial, administrar oxígeno durante el ataque agudo, elevar la cabecera de la cama, usar almohadas adicionales, verificar la saturación de O₂.

También hablaremos sobre la atención de enfermería en el manejo de urgencias de los trastornos digestivos, que demos hacer, como actuar en caso de atender casos como estos que son comunes y tenemos la habilidad y los conocimientos para hacerle frente al problema que el usuario padece y que necesita un tratamiento para su padecimiento actual recordemos que el usuario confía en nuestro actuar.

Gastroenteritis aguda (GEA) se define como la disminución en las deposiciones o un aumento de las mismas 3 o más en 24 horas que pueden ir acompañadas de vómitos, dolor abdominal y fiebre, su duración suele ser menor a 7 días y para considerarla como aguda, siempre menor de 2 semanas; es más significado para su diagnóstico el cambio en la consistencia de las deposiciones respecto a las habituales del niño. Que el número de estas, sobre todo en los lactantes que suelen tener un número elevado de deposiciones de manera habitual, la gastroenteritis

aguda es más frecuente y potencialmente más grave en menores de 5 años y sobre todo en los primeros meses de vida, la principal causa de la gastroenteritis aguda son las infecciones entéricas, aunque se puedan considerar otras causas, la mayoría de los episodios de la GEA ocurren entre octubre y mayo, con un pico de incidencia entre enero y marzo; en los estudios realizados en Europa el agente causal más frecuente es el rotavirus, seguido por norovirus y adenovirus., la incidencia de estos patógenos está influenciada por el clima y las estaciones de cada país, así como por el nivel socioeconómico de las distintas regiones. Por edades, rotavirus es la causa más frecuente en menores de 2 años el rotavirus es el que produce los casos más graves, afectando casi a la totalidad de los niños por debajo de los cuatro años de edad. Los parásitos son una causa infrecuente de una gastroenteritis aguda en nuestro medio.

La interacción entre los distintos agentes causales y la mucosa intestinal lleva una eliminación aumentada del agua y electrolitos por las heces, el dato clínico relevante que condicionan el tratamiento y el pronóstico es la deshidratación.

El diagnóstico de la gastroenteritis aguda es clínico y no se precisa realizar pruebas diagnósticas complementarias en la mayoría de los casos y el tratamiento con soluciones de rehidratación oral es el principal y casi único tratamiento para los niños con GAE.

Hemorragia gastrointestinal se define como la expulsión de sangre por la boca o por el recto, usualmente no requiere tratamiento quirúrgico, ni conducen a inestabilidad hemodinámica, al no tratarse de hemorragias masivas, el 10 % de las hemorragias se originan por el ligamento de tritz, el 40% en el intestino delgado y el 50% en la región colorrectal, su clasificación depende de su localización hemorragias digestivas altas o hemorragias digestivas bajas.

Según su la magnitud del sangrado:

Hemorragias digestivas leves: pérdidas de hasta un 5% del volumen circulante.

Hemorragias moderadas: pérdida superior al 10% del volumen circulante.

Hemorragias severas o cataclismicas: pérdidas superiores al 30% del volumen circulante.

Hemorragia digestiva alta cuando la lesión sangrante se localiza proximal al ligamento de treitz, se manifiesta fundamentalmente por la aparición de hematemesis vómitos de color rojo intenso, que cuando han sufrido digestión parcial por la acción de ácido clorhídrico, secundariamente por melenas, tiene su origen en proceso patológicos situados en la orofaringe, esófago, estómago y duodeno hemorragia digestiva baja se produce cuando la localización es distal al ligamento de treitz, localizándose con más frecuencia en el recto, colon e íleon distal y se manifiesta por la emisión de sangre roja por el ano.

En el diagnostico lo primero es confirmar si ha existido sangrado en segundo lugar es preciso distinguir entre una hemorragia alta o baja y determinar el sitio específico de sangrado, en tercer lugar, las cuantificaciones de las pérdidas y consecuencias hemodinámicas de la hemorragia.

Investigar las características de la sangre expulsada, hematemesis o melena, indica hemorragia digestiva alta, sangre roja brillante en las deposiciones hemorragia digestiva baja, sangre de coloración rojo ladrillo consecuencia de una hemorragia del intestino delgado, estrías de sangre roja en las heces sugiere lesión ano rectal, diarrea sanguinolenta afectación aguda e infecciosa, la diarrea crónica con hemorragia es más frecuente en los casos de enteropatía inflamatoria.