

Nombre del alumno:

Nain De Jesús Alcazar Lopez

Nombre del profesor:

Lic. Rubén Eduardo Domínguez García

Licenciatura:

Profesionalización en enfermería

Materia:

Urgencias pediátricas

Nombre del trabajo:

Ensayo de unidad 3 y 4

Introducción:

En este ensayo de urgencias pediátricas de la unidad 3 y 4 hablaremos de la atención de enfermería en trastornos de respiración así como digestivos, es importante que los profesionales de enfermería se vayan actualizando y apegando a las reformas de la atención en salud recordemos que como enfermería somos el primer contacto con el paciente, de nosotros depende la atención adecuada, eficaz, y en tiempo para la pronta recuperación del paciente, es importante mencionar que una mala valoración de enfermería en triage puede poner en riesgo la vida del paciente, debemos de tener vastos conocimientos en los cuidados que realizaremos a los usuarios de salud, así como las metas internacionales para la seguridad del paciente, evitando así eventos adversos o eventos centinela; en este ensayo se hablará acerca de unas patologías así como su tratamiento y qué papel desempeña enfermería.

Unidad III: atención de la enfermería en el manejo de urgencias de los trastornos respiratorios:

La atención de enfermería en el manejo de urgencias de los trastornos respiratorios es de vital importancia ya que la incidencia de los casos de atención de urgencias en los trastornos respiratorios es de cifras altas, el personal de enfermería del área de urgencias pediátricas está obligado a tener un vasto conocimiento acerca de las patologías o trastornos respiratorios, esto significa, la actuación inmediata, pruebas de laboratorio y de diagnóstico, farmacología en general, cuidados específicos; sabemos la importancia de la clasificación y el triángulo de valoración que se vio en el ensayo pasado, ya que en algunas patologías donde presentan trastornos respiratorios conlleva a desatar secuelas o otras patologías, por ejemplo, la falla de órganos, un paro cardiorrespiratorio, hipoxia, daños a nivel neurológico, etc., en este ensayo de la unidad uno tocaremos algunos trastornos respiratorios para conocer más a fondo los diagnósticos y como enfermería que intervenciones podemos realizar para estabilizar al paciente.

Asfixia perinatal:

La asfixia perinatal se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada, esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa, para el diagnóstico de la asfixia perinatal se puede considerar los factores de riesgo que se dividen en cuatro tipos, el primero son factores de riesgo maternos, como por ejemplo, hemorragias en el tercer trimestre, infecciones, hipertensión durante el embarazo o crónica, anemia, intoxicaciones por drogas y comorbilidad obstétrica; es siguiente son los factores obstétricos como: líquido amniótico meconial, incompatibilidad céfalo pélvica, uso de medicamentos como la oxitocina, presentación fetal anormal, trabajo de parto prolongado o precipitado, cesárea, RPM, Oligoamnios y Polihidramnios; el tercero son los factores útero-placentarios como: anormalidades del cordón, anormalidades placentarias, alteraciones de la contractilidad uterina, anormalidades uterinas anatómicas; y, los factores de riesgo fetales: alteración de la FCF, percepción de disminución de movimientos fetales por la madre, retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso, macrosimia fetal, postmadurez, malformaciones congénitas, fetos múltiples y eritroblastos fetal. También para el diagnóstico el ultrasonido mediante el Doppler es bueno para el diagnóstico de anormalidades en el embarazo, la cardiografía nos sirve ya que es un monitoreo electrónico que registra los cambios de la frecuencia cardíaca fetal; el diagnóstico se establece cuando se tiene valores

de diferentes componentes así como la acidosis metabólica: con un pH igual o menor a 7.00, un Apgar de 0-3 después de los 5 minutos, alteraciones neurológicas o falla multisistémica, los signos y síntomas que nos indican que el bebé estuvo expuesto a varios eventos de asfixia son: dificultad para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular y/o reflejos, alteración del estado de alerta, crisis convulsivas, intolerancia a la vía oral, sangrado del tubo digestivo, sangrado pulmonar, hipotensión, alteración del ritmo cardíaco, alteraciones de la perfusión, retraso en la primera micción, y puede presentar oliguria, anuria o poliuria; la aparición de la asfixia perinatal se puede presentar en 2 momentos ya sea temprana o tardía. El tratamiento de la asfixia perinatal es el apoyo ventilatorio ya que un 10% de los RN requieren de ayuda para iniciar a respirar, y de esos el 1% requiere reanimación neonatal, lo primordial en la atención del recién nacido con asfixia perinatal es el papel central de la asistencia respiratoria, si la frecuencia cardíaca aumentó eso nos quiere decir que la ventilación está dando resultados, la aspiración endotraqueal solo se debe llevar a cabo al neonato con depresión grave, se recomienda el uso de mascarilla laríngea, y en caso de realizar reanimación neonatal avanzada será con el personal calificado y certificado, durante la reanimación se puede utilizar la administración de la epinefrina mediante el acceso venoso con dosis de 0.01-0.03 mg/kg/dosis se puede administrar endotraqueal con dosis de 0.05 mg/kg/dosis pero solamente si la vía está libre y se debe evitar el aumento de temperatura (hipertermia). Las intervenciones de enfermería en esta patología son, establecer el acceso venoso, administración de medicamentos, aporte ventilatorio, si está calificado dar reanimación neonatal, vigilar el nivel de glucosa durante y después de la hipoxia de acuerdo a los días de vida, administración de líquidos, vigilar los signos vitales sobre todo la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.

Cuerpo extraño

La aspiración de cuerpo extraño en la vía aérea se define como el ingreso de manera accidental a laringe, tráquea y bronquios de un objeto sea orgánico o inorgánico y que produce efectos en la respiración del niño. Se trata de un evento potencialmente fatal, es un accidente frecuente en niños menores de 2 años, siendo la cuarta causa de mortalidad por asfixia en niños, son predisponentes a esta edad por el instinto de exploración y de llevarse a la boca cualquier objeto que encuentren, la aspiración o ingesta de cuerpos extraños es una causa muy común de la morbilidad en niños, La aspiración o ingesta de cuerpos extraños depende de: hábitos alimenticios, que varían ampliamente entre culturas, ciudades o países, estrato socioeconómico, exposición cotidiana a objetos potencialmente aspirables o ingeribles, el

grado de supervisión de padres o cuidadores, entre otros. Los cuerpos extraños más frecuentemente aspirados son materiales orgánicos, maní 36-55% de todos los cuerpos extraños en la sociedad occidental), otros como nueces, semillas especialmente de sandía en los países del medio oriente), otros como zanahorias crudas, uvas, salchichas, espinas de pescado, huesos de pollo, pedazos grandes de comida, semillas de frutas, palomitas de maíz, entre otros. Los cuerpos orgánicos son los más frecuentemente aspirados por lactantes y niños pequeños. Los materiales inorgánicos, especialmente juguetes plásticos, también dulces, clavos, clips, alfileres, baterías, piezas de joyería (aretes, cadenas), vidrios, ganchos, accesorios para el pelo, son frecuentemente aspirados por niños mayores. Las monedas constituyen el objeto más frecuentemente encontrado en el esófago, aunque todos los anteriormente descritos pueden impactarse en el lumen esofágico, al llegar un paciente al servicio de urgencias, se requiere de atención inmediatas si el niño llega con dificultad respiratoria severa, cianosis, estado mental alterado. El diagnóstico se lleva a cabo preguntándole a los familiares o personas que hayan visto ingerir algún objeto, o si el evento fue en un inicio brusco acompañado de tos, disnea o cianosis; existen tres signos sugestivos de un cuerpo extraño traqueal el primero es, la palmada audible: se detecta escuchando de cerca al paciente mientras inspira o tose con la boca abierta, oyéndose el golpe del cuerpo extraño contra las paredes de la tráquea. El siguiente es el golpe palpable: al colocar un dedo sobre la tráquea se siente el golpe del cuerpo extraño al moverse dentro de la misma. y el último la sibilancia asmatoide: es una sibilancia audible directamente o con el estetoscopio a nivel de la tráquea y que casi no se detecta en el tórax, el diagnóstico de rutina es una radiografía de tórax, ya que se sabe que todo objeto virtualmente puede ser visible, las complicaciones que se pueden llegar a presentar son desde estenosis bronquial, infecciones recurrentes, destrucción del tejido pulmonar, absceso pulmonar, fistula broncopulmonar, y complicaciones secundarias a hipoxia; el tratamiento o el plan de manejo es, primero que nada definir la certeza diagnóstica, la extracción puede ser endoscópica aunque si el paciente presenta obstrucción total de la vía aérea debe ser a través de cirugía o una traqueotomía, las intervenciones de enfermería en estas patologías, es valorar el estado del paciente mediante la clasificación del triage y el triángulo de valoración de urgencias, realización de la maniobra de Heimlich aunque no es recomendado en pacientes pediátricos, aporte de oxígeno, acceso venoso, vigilancia y monitorización de signos vitales, vigilancia estrecha.

Laringotraqueobronquitis aguda

La laringitis o CRUP, es un término anglosajón que significa llanto fuerte, es una causa de obstrucción aguda a través de las vías respiratorias en la infancia, es más frecuente en los niños de 3 a 6 meses de edad con una incidencia máxima de 2 años de edad; es una inflamación de la mucosa laríngea, que llega a producir tos perruna, afonía, estridor, o dificultad respiratoria. Esta patología es mayormente por infección viral, los virus más comunes son, el virus de la influenza sobre todo el tipo 1, el virus respiratorio sincitial, adenovirus y sarampión, el diagnóstico es completamente clínico lo que quiere decir que no son necesarias pruebas complementarias. En el tratamiento es recomendable dejar al niño en los brazos de su madre buscando la mejor comodidad y la mejor postura para el paciente, administrar oxígeno en caso de hipoxemia hasta donde el paciente tolere, administración de nebulizaciones con adrenalina nebulizada, administración de corticoides como es la dexametasona se recomienda la de V.O, la prednisolona V.O, y el tratamiento con antibióticos no está indicado. Las intervenciones de enfermería en esta patología son, la valoración en área de triage, administración de oxígeno, administración de medicamentos, administración de nebulizaciones, vigilancia, monitorización de las constantes vitales.

Asma bronquial

El asma bronquial es una enfermedad caracterizada por la inflamación crónica de las vías aéreas específicamente los bronquios, causa sensaciones recurrentes de falta de aire, tos y sensaciones de opresión en el pecho, el asma bronquial se caracteriza por una obstrucción reversible y ocasional de la vía aérea que, si no se trata adecuadamente, puede llevar a una obstrucción permanente; los síntomas más comunes en pacientes con asma son las sibilancias, tos y disnea, dificultad para respirar, ruidos torácicos, opresión torácica y tos seca persistente, las causas del asma pueden ser por factores que influyen en su desarrollo genéticos en la predisposición familiar, la Obesidad: el asma se observa más frecuentemente en sujetos obesos. Las personas con obesidad y asma tienen mayor alteración en las pruebas de funcionamiento pulmonar, y más comorbilidades en comparación con las personas de peso normal. Sexo: el sexo masculino es otro factor de riesgo en varones antes de los 14 años, ya que su prevalencia es 2 veces más alta en niños que en niñas, mientras que en los adultos esta relación se invierte. Alérgenos: el papel de la alergia es mucho mayor en niños que en adultos. Múltiples alérgenos tanto extradomiciliarios como intradomiciliarios han sido implicados; la sensibilización depende del tipo de alérgeno. El diagnóstico es prácticamente clínico, y el tratamiento es farmacológico, el tratamiento farmacológico se basa en 2 tipos de

medicamentos, que son los rescatadores de uso agudo: son los Broncodilatadores (agonistas beta-2, anticolinérgicos inhalados y esteroides sistémicos). Y el otro tipo son los controladores de uso crónico: son esteroides inhalados y sistémicos, antileucotrienos, esteroides sistémicos de largo plazo, inmunoterapia específica y terapia monoclonal. De acuerdo con las guías de tratamiento para el asma, se deben iniciar en uno de los 5 escalones propuestos, conforme a la intensidad de los síntomas y acordes al grado de control. El tratamiento debe ser dinámico y pasar de una etapa a otra de acuerdo con los síntomas. Los medicamentos antiinflamatorios son los más utilizados, ya que pueden llegar a modificar la hiperreactividad bronquial (HRB), mientras que los broncodilatadores sólo actúan en las exacerbaciones o como terapia de apoyo para lograr el control, y no deben utilizarse como terapia continua. Cuando se trata de pacientes alérgicos, la inmunoterapia específica está indicada. Las intervenciones de enfermería son: aporte de oxígeno, monitorización de signos vitales, administración de medicamentos de acuerdo a indicación médica, capacitación de autocuidado al paciente o al familiar.

Unidad IV: atención de enfermería en urgencias de trastornos digestivos

La atención de enfermería en el manejo de urgencias de los trastornos digestivos es vital en el servicio de urgencias tanto como la atención en los trastornos respiratorios, como enfermería debemos saber la sintomatología y las pruebas de diagnóstico en pacientes con estos trastornos, nos enfocaremos a gastroenteritis aguda y hemorragia gastrointestinal en este ensayo, ya que una mala atención o un bajo conocimiento de estos cuidados y valoración ponemos en riesgo la vida de los paciente que acuden al servicio de urgencias, tenemos que saber los cuidados en la valoración, los cuidados en la administración de medicamentos, porque como sabemos un medicamento mal administrado como ejemplo en una vía diferente a la indicada o en el paciente incorrecto genera complicaciones en la patología.

Gastroenteritis aguda:

La gastroenteritis aguda (GEA) o conocida también como diarrea aguda es un aumento en el número de deposiciones concretamente más de 3 veces al día y cambio en la consistencia ya sea líquidas o pastosas, puede estar asociado con fiebre o vómitos, la incidencia de GEA en el servicio de urgencias va de un 0.5 a 2 episodios por niño, las causas más comunes son los virus más en épocas de otoño o invierno, el agente más común es el rotavirus; los factores de riesgo para presentar una diarrea mas grave o persistente son los niños menores de 6 meses de edad, la malnutrición, enfermedades crónicas, inmunodeficiencias y uso prolongado de

antibióticos. La lactancia materna ayuda a prevenir la GEA por eso como enfermería es importante dar la promoción a la lactancia materna exclusiva recordando a las madres los beneficios de esta tanto como para ella como para él bebe, el síntoma fundamental es el aumento en el número de deposiciones y/o la consistencia disminuida, con o sin sangre y moco. Puede asociarse a fiebre, hiporexia, vómitos, dolor abdominal (generalmente cólico) y deshidratación (DH). En las gastroenteritis víricas son frecuentes los vómitos y síntomas respiratorios. Orientan a pensar en una diarrea bacteriana la fiebre alta (40° C) y la presencia de sangre en las heces. En la etapa de la valoración es primordial valorar el grado de deshidratación ya que en niños la deshidratación es muy peligrosa ya que les puede costar la vida una deshidratación no manejada, el diagnóstico se hace a través de anamnesis y la valoración física, es importante tomar el peso, la tensión arterial, los signos de deshidratación y realizar la palpación abdominal; las pruebas complementarias son hemograma, bioquímica, y coprocultivo. El tratamiento, debemos empezar con la hidratación y reposición de líquidos según el grado de deshidratación que el paciente presente ya sea leve, moderada o grave, si el paciente tolera aun la vía oral empezar la administración de suero oral, y una vez tolerado mantenerlo, después de eso cuando los vómitos hayan cesado empezar con la alimentación, y según la indicación del médico iniciar con tratamiento farmacológico, ya sean: antibióticos, antieméticos y antidiarreicos, y probióticos. Las actividades de enfermería son: aporte de líquidos e hidratación ya sea vía oral o venosa dependiendo de la severidad de la deshidratación, administración de medicamentos siguiendo los 10 correctos, vigilancia estricta, promoción a la salud, y promover el autocuidado.

Hemorragia gastrointestinal

La hemorragia digestiva es toda hemorragia o sangrado que venga del tubo digestivo se clasifica en dos tipos una es la hemorragia digestiva alta (HDA) que es la hemorragia proximal al ligamento de treitz (musculo suspensorio del duodeno) y la hemorragia digestiva baja (HDB) que es la hemorragia distal al ligamento de treitz, es muy poco frecuente en pediatría pero es muy potente y grave el riesgo ya que se tiene que ver con hemorragia interna, la prioridad como servicio de urgencias ante esta patología es estabilizar hemodinamicamente al paciente. Ante la sospecha de dicha patología tenemos que asegurarnos de que sea una hemorragia verdadera y no solamente el color por consumir comidas que cambien el color de las heces; las causas ,as frecuentes de hemorragia digestiva son: en neonatos: enfermedad hemorrágica del recién nacido, enterocolitis necrotizante, ulcera de estrés, colitis infecciosa o alérgica. En lactantes: puede ser una fisura anal, diarrea infecciosa, proctocolitis alérgica, invaginación,

coagulopatía. En escolar y adolescente, puede ser causa por: diarrea infecciosa o fisura anal, pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal, hemorroides, divertículo de Meckel. El diagnóstico primero hay que valorar la situación clínica y la estabilidad hemodinámica, la anamnesis sirve para recolectar datos de las características del sangrado, la exploración física sirve para determinar si hay lesiones cutáneas, cuando existe sangrado moderado o severo se realiza un hemograma, coagulación, bioquímica, función renal y hepática, y se puede realizar endoscopia para saber el origen del sangrado. El tratamiento dependerá de la estabilidad hemodinámica del paciente y la cuantía del sangrado y de la causa y el origen del mismo, debiendo individualizar cada caso. Ante sangrados leves sin repercusión hemodinámica será suficiente con un tratamiento etiológico, si es posible, valorar la tolerancia oral y observación. Ante sangrados moderados-graves se debe monitorizar y estabilizar al paciente: canalización de 2 vías venosas, oxigenoterapia, aporte de fluidos isotónicos en perfusión rápida a 20 ml/kg, analítica, colocación de sonda nasogástrica y valorar la necesidad de transfusión de hemoderivados o traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las intervenciones de enfermería son: valoración según el triángulo de valoración de urgencias, canalización de vía venosa, administración de líquidos, administración de medicamentos, valoración, cuidados de enfermería y vigilancia de signos vitales entre otros.

Conclusión:

El conocer la valoración eficaz, concreta y correcta en un servicio de urgencias nos servirá tanto a nosotros como a los pacientes que necesiten de atención inmediata, ya que la urgencia con un menor no es la misma que la de un adulto, la profesión de enfermería va más allá de administración de soluciones, medicamentos o toma de signos vitales, como profesionales de salud debemos indagar más acerca de las patologías, farmacología y cuidados, recordemos que una de las funciones de enfermería es la de investigación. En esta materia me llevo muchos conocimientos aprendidos gracias a la investigación, que por el contenido requerido del trabajo no se puede dar todo a explicar, pero los conocimientos son valiosos.

“Nuestro conocimiento es necesariamente finito, mientras que nuestra ignorancia es necesariamente infinita”

- K. Popper

Bibliografía:

- MANUAL DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA, HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO
- MANUAL DE URGENCIAS CARLOS BIBIANO GUILLEN 3° EDICION
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/I_MSS_632_13_ASFIXIANEONATAL/632GRR.pdf
- <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/cuerpos-extraos-en-vas-areas.pdf>