

LICENCIATURA EN ENFERMERIA 9° B

DOCENTE

MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA

ALUMNO:

DANIELA HERNANDEZ ABARCA

MATERIA:

PRACTICAS PROFESIONALES

ACTIVIDAD:

RESUMEN DIGITAL

FECHA:

22 DE MAYO DE 2021

PRACTICAS PROFESIONALES RESUMEN UNIDAD I Y UNIDAD II

Unidad 1 Elementos De Anatomía General Y Topografía.

1.1. Topografía Y Su Terminología.

La anatomía topográfica comprende el estudio de los segmentos corporales, dividiendo al cuerpo en regiones delimitadas por los relieves corporales óseos. Divide el cuerpo humano en tres zonas principales: Cabeza, tronco y extremidades que, a su vez, estas son subdivididas en porciones más pequeñas denominadas regiones anatómicas.



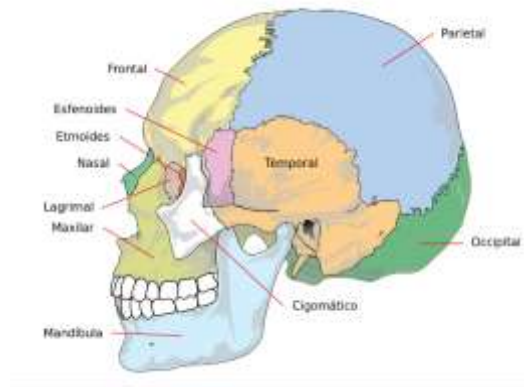
Regiones de la Cabeza

La cabeza es la parte superior del cuerpo humano, se divide en el Cráneo.

El cráneo conocido como la región craneal; forma un armazón óseo que protegen el encéfalo, en su parte externa se subdivide en:

- Desde la frente a la parte posterior del cráneo comprende la región occipitofrontal • Toda la superficie correspondiente al musculo temporal abarca la región temporal • La apófisis mastoides se conoce como la Región mastoidea ,
- Las cejas se conocen como la región superciliar y de los senos frontales

- y la región de la base del cráneo. En el interior del cráneo se encuentra la cavidad craneal ; en la que se desarrolla el procesamiento superior del sistema nervioso propio de nuestra especie.



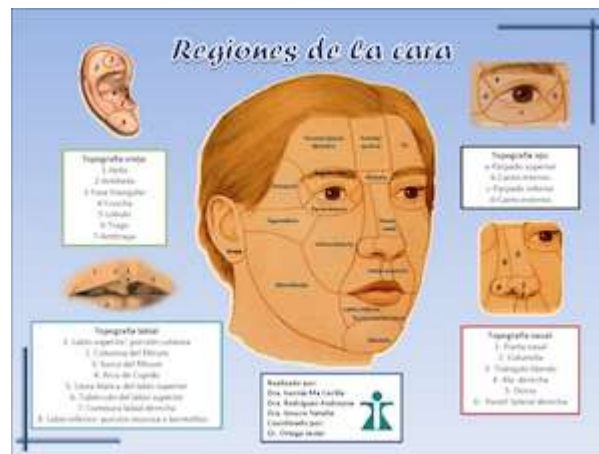
Cara

La cara o región facial abarca la mitad inferior de la cabeza a partir de debajo de las orejas.

Regiones superficiales de la cara:

- Los ojos se conocen como la región ocular.
- Las orejas se conocen como la región auricular o región ótica .
- La nariz se conoce como la región nasal.
- Las mejillas abarcan la Región geniana o región bucal
- La parte posterior de la mejilla se denomina como Región mase terina
- Los labios abarcan la Región labial
 - La barbilla se conoce como la región de la barbilla.
- Regiones profundas de la cara:
 - Región infra temporal o cigomática
 - Región peterigopalatina.
 - La boca se conoce como región oral
 - La lengua se conoce como región lingual
 - La parte debajo de la lengua es Región sublingual

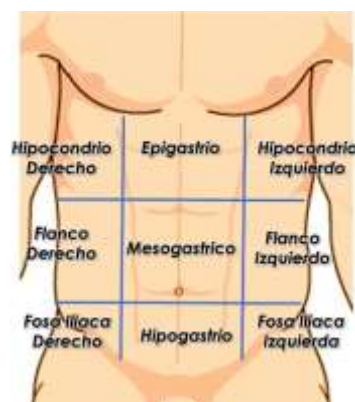
- La faringe se denomina Región faríngea



Abdomen

El abdomen es la parte inferior del tronco a la que se hallan unidas las otras dos extremidades, las inferiores o piernas. Partes o zonas constituyentes del abdomen son:

- Parte delantera superior: epigastrio e hipocondrios derecho e izquierdo.
- Parte delantera central: región umbilical u ombligo.
- Parte delantera inferior: hipogastrio o vientre y las fosas iliacas derecha e izquierda.
- Parte trasera superior: región lumbar.
- Órganos:
- Vísceras huecas: estómago, intestinos (grosso y delgado), vejiga urinaria.
- Vísceras macizas: hígado, bazo, riñones.



1.2.

EL ESQUELETO

Al cuerpo humano se divide en tres regiones principales. - cabeza - tronco – extremidades.

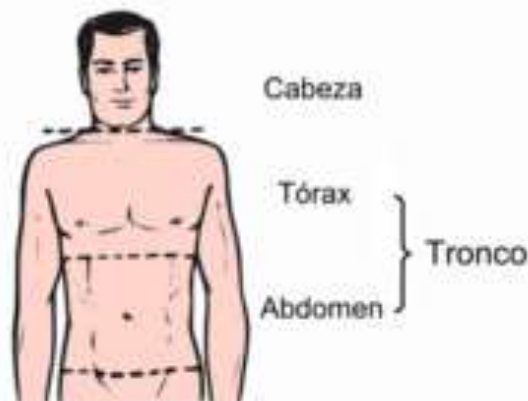


1.3.

COMPOSICION DEL TRONCO

El Tronco: tiene forma de cilindro, es aplanado de adelante hacia atrás; sostenido por la columna vertebral.

Al tórax se lo divide en 3 regiones: clavicular, esternal y pectoral, o mamaria. Al abdomen se lo divide en 9 regiones: epigastrio, hipocondrios, región umbilical, flancos, hipogastrio y fosas ilíacas. 3.- Extremidades: son 4 - 2 superiores: utilizadas para la aprensión (agarrar) - 2 inferiores: para la locomoción (caminar) A las extremidades se las divide en 4 partes. De arriba hacia abajo son: - Extremidades Superiores: hombro, brazo, antebrazo y mano - Extremidades Inferiores: cadera, muslo, pierna y pie Tanto las manos como los pies cuentan con 5 dedos, de los cuales el pulgar de las manos se opone a los otros, lo que permite la función de agarrar.



SISTEMA OSTEOARTICULAR

El cuerpo humano presenta varios sistemas protegidos por un armazón duro con más de 650 músculos. Gracias a los huesos, articulaciones y músculos el cuerpo mantiene su postura, puede desplazarse y realizar múltiples acciones.



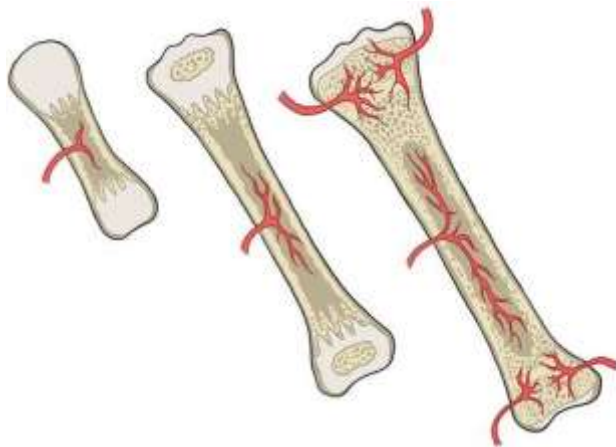
ESQUELETO

El esqueleto es el conjunto 206 piezas duras y resistentes llamadas “huesos”. Las principales funciones del esqueleto son: - sostén - protección – locomoción.



HUESOS

Estos están formados por sustancias orgánicas y sales calcáreas (calcio) que le otorgan dureza.



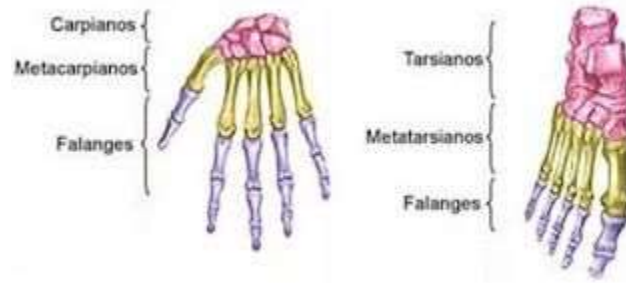
DIVISIÓN

1) huesos largos: tienen una longitud mayor que las otras medidas. Presentan una parte muy delgada llamada “diáfisis” y en los extremos se abulta, llamada “epífisis”. El centro de la diáfisis es hueca y está ocupada por médula ósea, donde se forman los glóbulos rojos.

HUESOS LARGOS



2) huesos cortos: sus tres dimensiones son similares. Es compacto con un núcleo esponjoso, por ejemplo los huesos del tarso, carpo y las vértebras.

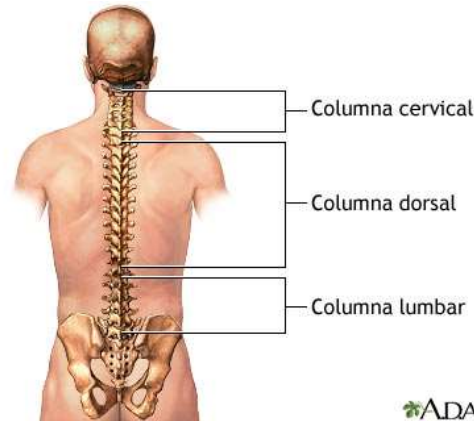


3) huesos planos: su espesor es menor que los otros y presentan una cara cóncava y otra convexa, formando en conjunto, y casi siempre, cavidades, por ejemplo: los huesos del cráneo, del tórax y pelvis; esto es para proteger a los órganos que alojan. Estos huesos planos presentan tres capas: la externa e interna son compactas y la del medio es esponjosa.



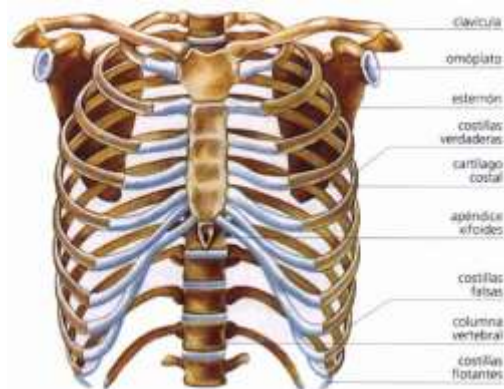
COLUMNA VERTEBRAL

Es el eje del esqueleto. Formado por huesos cortos llamadas vértebras, las que se superponen y se articulan entre sí, permitiendo una importante flexibilidad, inclinarse hacia delante, atrás y hacia los costados. Las vértebras que forman la columna vertebral son 33, agrupadas en 5 regiones. - cervical: 7 vértebras - dorsal: 12 vértebras - lumbar: 5 vértebras - sacra: 5 vértebras - coccígea: 4 vértebras estas están fusionadas (pegadas) Vértebras: estos huesos están perforados en el centro, y todas juntas forman un canal protector, donde se aloja la médula espinal, que forma parte del sistema nervioso.



HUESOS DEL TORAX

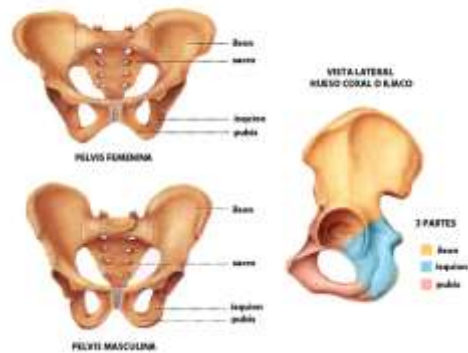
La caja torácica es semejante a una jaula, formada por 12 pares de costillas, de las cuales 10 pares se unen por delante con un hueso plano y central llamado esternón, y por detrás, todas se unen a las vértebras dorsales. Costillas: son huesos largos con forma de arco. Todas se unen por detrás a la columna dorsal. Se las divide en: costillas verdaderas: - son los 7 primeros pares. Se unen por delante al esternón. - costillas falsas: siguientes 3 pares. Sus cartílagos se unen a las costillas superiores. - costillas flotantes: últimos 2 pares, no se unen al esternón.



HUESOS DE LA PELVIS

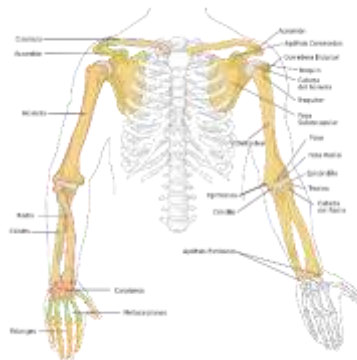
La cadera une el miembro inferior al tronco. Comprende un solo hueso llamado hueso iliaco. Es plano, ancho, torcido sobre su eje. Se lo divide para su estudio en tres segmentos: - segmento superior: ilion o hueso ilíaco, es aplanado - segmento medio: cavidad cotiloidea que aloja la cabeza del fémur. - segmento inferior: con una porción anterior: llamada pubis y una posterior llamada isquion. Ambos forman un amplio orificio: agujero isquiopubiano, impropriamente llamado agujero obturador.

HUESOS DE LA PELVIS

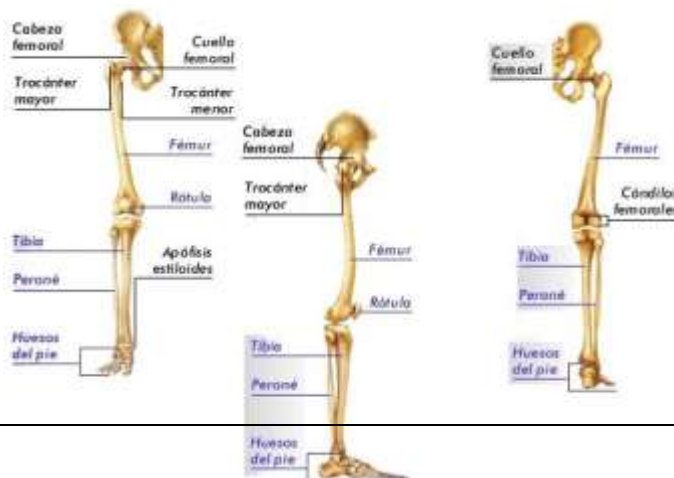


HUESOS DE LAS EXTREMIDADES

- 1) Extremidades superiores: se la divide en cuatro partes: - hombro: formado por el omóplato y clavícula - brazo: el húmero - antebrazo: dos huesos largos: radio y cúbito (unidos en los extremos y separados en el medio para realizar movimientos de torsión) - mano: formada por: - carpo: 8 huesos - metacarpo: 5 huesos - dedos: 5 (con 3 falanges, excepto el pulgar que tiene solo 2)



- 2) extremidades inferiores: se dividen en cuatro partes: - cadera: hueso ilíaco, isquion y pubis - muslo: fémur - pierna: tibia, peroné y rótula - pie: - tarso: 7 huesos - metatarso: 5 - dedos: 5 (igual que la mano).



1.4.- TEJIDOS ÓRGANOS Y SISTEMAS

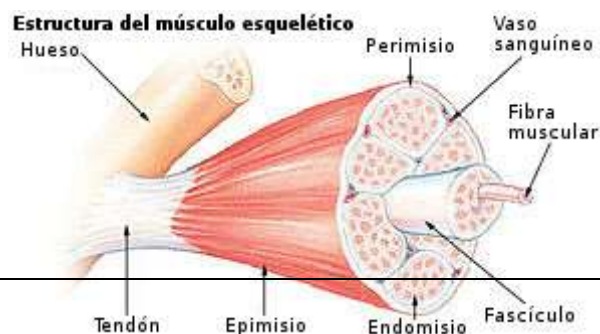
SISTEMA MUSCULAR

El sistema muscular es el conjunto de más de 600 músculos que existen en el cuerpo humano, la función de la mayoría de los músculos es producir movimientos de las partes del cuerpo. El sistema muscular crea un equilibrio al estabilizar la posición del cuerpo, producir movimiento, regular el volumen de los órganos, movilizar sustancias dentro del cuerpo y producir calor.



1. Tejido muscular esquelético.

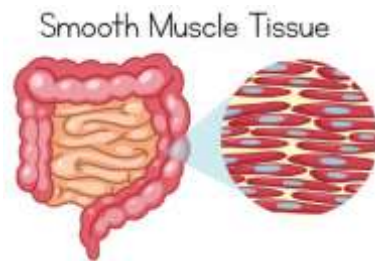
Puede describirse como voluntario o denominarse voluntario



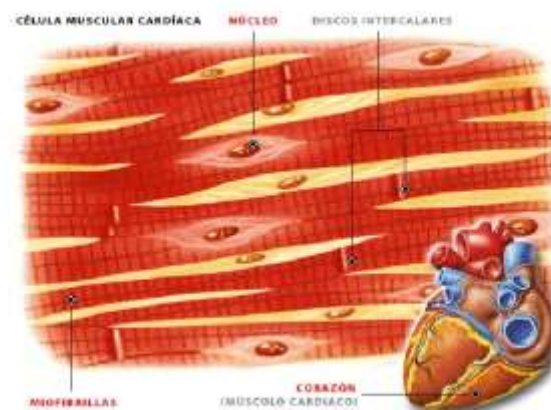
como músculo estriado. Se debe a que se

contrae de forma voluntaria. Un músculo consta de un gran número de fibras musculares. Pequeños haces de fibras están envueltos por el perimysio, y la totalidad del músculo por el epimysio.

2. Tejido muscular liso. Este describe como visceral o involuntario. No está bajo el control de la voluntad. Se encuentra en las paredes de los vasos sanguíneos y linfáticos, el tubo digestivo, vejiga, las vías biliares y el útero.



3. Tejido muscular cardíaco. Este tipo de tejido muscular se encuentra exclusivamente en la pared del corazón. No está bajo el control voluntario sino por automatismo. Entre las capas de las fibras musculares cardíacas, las células contráctiles del corazón, se ubican láminas de tejido conectivo que contienen vasos sanguíneos, nervio y el sistema de conducción del corazón.



UNIDAD 2

CÓMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA.

2.1 EL AYUDISTA EN PRIMEROS AUXILIOS ANTE LAS URGENCIAS MÉDICAS.

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. Las medidas más básicas que podemos tomar son:



PROTEGER

• En primer lugar, protégete manteniendo la calma y recordando cómo deben de ser las medidas para evitar males mayores • Asegura tu bienestar más inmediato: 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 llames a tele asistencia para que puedan venir los servicios de urgencia para que puedan encargarse la evacuación de heridos. Normalmente, el número será el 911. Responde a las preguntas que te hará el operador de tele asistencia para tener el mayor número de información.



SOCORRER

- Si no tienes unos mínimos conocimientos de primeros auxilios, lo mejor es no tratar de hacer nada y esperar a que acudan los técnicos de asistencia sanitaria y los equipos de emergencia.
- Si la persona no respira, comprueba si tiene pulso. Si así es, necesitará que le hagas la respiración artificial.
- Si no tiene pulso ni respira, realiza la reanimación cardiopulmonar.
- Si tiene una hemorragia grave, intenta detenerla presionando con un paño limpio y levantando la extremidad herida. No hagas un torniquete a no ser que la hemorragia sea tan importante que corra el riesgo de desangrarse.
- No toques las heridas sin material sin esterilizar. No des de comer, beber o fumar a la víctima.



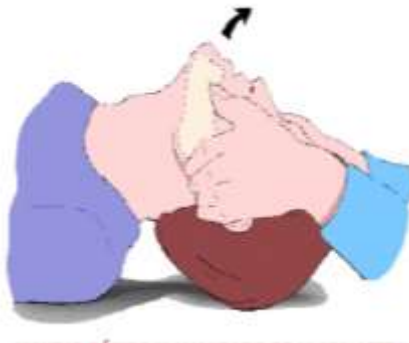
EL AYUDISTA COMO PRIMEROS AUXILIOS, ANTE LA URGENCIA MÉDICA.

Se entiende por primeros auxilios, la asistencia inmediata que brindamos a una persona que ha sufrido un accidente o enfermedad súbita, hasta que sea atendida por un médico idóneo.



Los principios de acción de emergencias son:

1. Evaluación Inicial de Área. Al llegar a la escena el socorrista, debe realizar una evaluación perimétrica, para establecer una impresión diagnóstica de lo sucedido en el escenario.



2. Evaluación de la Víctima. Si el lugar es seguro para el paciente y el socorrista, este debe iniciar la evaluación básica, tomando en cuenta conciencia, respiración y circulación.

EXPLORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN



Sintiendo o escuchando como sale el aire del tórax o fijándose en el ascenso y descenso del torax.

Si respira valorar la circulación

Si no respira revisar las vías respiratorias y ver si hay algún objeto que las obstruya.

Si aun así no respira, practicar la respiración boca a boca, o boca-nariz siempre teniendo en cuenta de mantener la boca cerrada para evitar la salida del aire

3. Manejo Inicial de la emergencia súbita. Brindar atención en la escena en un lugar seguro para el paciente, basados en las lesiones más graves o síntomas que aquejan a la persona, en el siguiente orden: 1. Problemas Respiratorios. 2. Problemas Cardiacos. 3. Hemorragia. 4. Fractura. 5. Quemaduras 6. Intoxicaciones. Cuando hay múltiples víctimas en la escena, es recomendable realizar una evaluación de las lesiones más graves, para establecer prioridades de atención (TRIAGE), y no provocar epidemias de heridos hacia los hospitales. En estos casos utilizamos el sistema START, el cual es una nemotecnia que ayuda al socorrista a decidir a quién asistimos primero, sus letras significan: S: Simple T: Triage. A: Atención Rápida. R: Rápido. T: Tratamiento.



2.1.1 Evaluación del estado físico

La valoración física es un método sistemático para detectar problemas de salud o evidencia física de capacidad o incapacidad funcional. Con frecuencia se realiza iniciando por la cabeza y continúa de forma sistemática en sentido descendente (cefalocaudal). El procedimiento varía en función de la edad del paciente, gravedad del problema, practica de la enfermera, lugar de exploración, procedimientos y prioridades de la unidad de salud. Antes de iniciar es importante preparar el entorno en cuanto iluminación, temperatura, limpieza, así como contar el material y equipo necesario para su realización.

PRIMEROS AUXILIOS 

EVALUACIÓN Y ACTIVACION

Valoración Primaria



- Estado de conciencia
- La respiración
- La circulación sanguínea
- Existencia de Hemorragias



Valoración secundaria



- Cabeza
- Cuello
- Tórax
- Abdomen
- Extremidades



2.1.2 ESTADO GRAVE O CRÍTICO, DE COMA Y SHOCK

El estado crítico es un concepto que utilizamos en nuestro idioma con recurrencia para referirnos o dar cuenta de aquellas situaciones cruciales y excepcionales de un hecho y que se caracteriza porque el peligro está presente, amenaza, y hasta puede resultar fatal, de vida o muerte para quien está amenazado por él, si no logra luchar y enfrentarse con un resultado positivo.



ESTADO DE SHOCK

Definición: El shock es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad del corazón y/o de la circulación periférica de mantener la perfusión adecuada de órganos vitales. Provoca hipoxia tisular y fallo metabólico celular, bien por bajo flujo sanguíneo, o por una distribución irregular de éste. Incluye un conjunto de síntomas, signos y alteraciones analíticas y 28 hemodinámicas que precisan una rápida identificación y tratamiento agresivo para reducir su elevada mortalidad.



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 alergénico, un veneno o alguna sustancia química. Puede desarrollarse en un plazo de segundos desde el momento de la exposición y se caracteriza generalmente por dificultad respiratoria y colapso vascular.

2. Shock cardiogénico: Se relaciona con un bajo gasto cardíaco (“falla de bomba”), asociado generalmente al infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias graves. Cuadro con elevada mortalidad, alrededor del 70%.

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 (acidosis metabólica o hiperlactacidemia), o requiere de fármacos vaso activos para mantener la presión arterial.



2.2 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 como se define a continuación

A) Despejar vía aérea. Se hace un barrido en la cavidad bucal rápida con los dedos, con el fin de percatarse que no tenga ningún objeto que pueda obstaculizar la vía aérea superior, teniendo en cuenta que el paciente en cualquier momento puede ocasionar una lesión al morder. De esta manera se asegura la vía aérea para que el paciente respire mejor.

B) 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 cardio pulmonar.

C) Circulación: Si hay reparación hay circulación. Evaluación del ritmo bajo el siguiente criterio. Ritmo intensidad y amplitud del latido cardiaco. Si no hay ritmo iniciar reanimación (RCCP) Reanimación cerebro cardio pulmonar. D) Déficit neurológico: Hace referencia al paso de la evaluación del estado de conciencia. E) Integridad ósea: Es la evaluación que permite detectar a nivel cervocaudal y en cualquier otra extremidad y en zona del cuerpo que se detecte problemas óseos.

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.

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

7.- Realizar cuidados posteriores al paciente.



2.3 PRINCIPALES EMERGENCIAS.

Estas incluyen las infecciones obstétricas graves, las hemorragias del embarazo, parto y puerperio, las complicaciones graves de los estados hipertensivos del embarazo y un capítulo referido a la asistencia en caso de paro cardiorrespiratorio en la embarazada. Su abordaje adecuado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la madre como el niño, siendo su impacto más significativo en los países con alta morbilidad materna.



AHOGAMIENTO

Se define como el proceso conducente a la imposibilidad de respirar debido a sumersión/inmersión en un líquido. (OMS, 2016). Existe una interface liquido/aire en la entrada de la vía aérea de la víctima impidiendo que la misma aspire aire. La victima puede vivir o morir luego de este proceso, cualquiera sea la evolución.



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

2.- 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. Las causas involucradas son: empleo de drogas, la más frecuente de las cuales es el: 1. Alcohol

2. Crisis convulsivas

3. Traumatismos

4. Enfermedades cardiopulmonares

5. Trastornos genéticos (síndrome QT prolongado),

6. Intentos de suicidio y homicidios, etcétera.

7. El proceso de ahogamiento comienza cuando la vía aérea de la víctima se encuentra por debajo de la superficie del líquido, habitualmente agua, en cuyo momento la víctima en forma voluntaria interrumpe sus movimientos respiratorios. La suspensión de la respiración es habitualmente seguida por un periodo involuntario de laringoespasma secundario a la presencia de líquido en la orofaringe o laringe. Durante este periodo, la víctima es incapaz de aspirar gases.

8. El resultado es una depleción de oxígeno y una acumulación de dióxido de carbono; la víctima presenta hipercarbia, acidosis e hipoxemia. Durante este periodo la víctima generalmente ingiere grandes cantidades de agua. Los movimientos respiratorios se hacen muy activos, pero no existe intercambio de aire debido a que existe una obstrucción refleja a nivel de la laringe. A medida que la tensión parcial de oxígeno en la sangre arterial disminuye, el laringoespasma cede, y en este momento la víctima aspira activamente líquido.

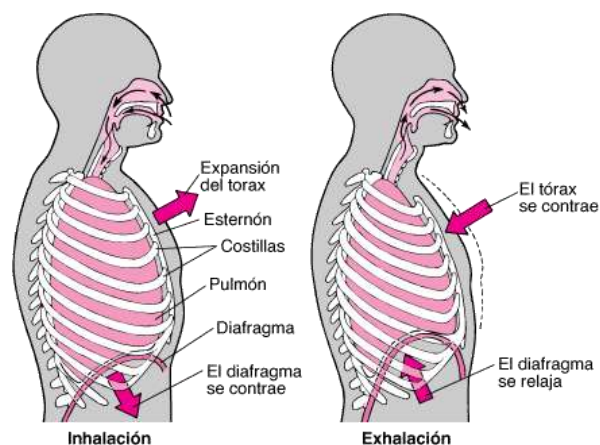
9. La cantidad de líquido inhalado varía considerablemente de individuo a individuo. Inmediatamente se producen cambios en los pulmones, líquidos corporales, gases en sangre, balance ácido base y concentración de electrolitos, que son dependientes de la composición y del volumen de líquido aspirado y de la duración de la sumersión. La desaparición del surfactante, la hipertensión pulmonar y las alteraciones de la relación

ventilación perfusión son responsables de la agravación de la hipoxemia. Pueden ocurrir cambios fisiológicos adicionales, como la respuesta de shock de enfriamiento, cuando la víctima está sumergida en agua fría.

10. Una víctima puede ser rescatada en cualquier momento durante el proceso de ahogamiento y puede no requerir ninguna intervención o recibir medidas de resucitación adecuadas, en cuyo caso el proceso es interrumpido,

SIGNOS Y SINTOMAS

1. Obstrucción de la vía aérea
2. Respiración inadecuada o ausente
3. Ausencia de pulso
4. Lesión espinal
5. Lesión craneal
6. Lesiones de tejidos blandos
7. Lesiones musculoesqueléticas
8. Hemorragia interna o externa
9. Hipotermia
10. Abuso de drogas o alcohol
11. Ahogamiento o casi-ahogamiento



CUIDADOS DE ENFERMERIA

1. 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.
 2. Especial atención si presenta traumatismo craneal y lesiones a nivel cervical, hipotermia y barotrauma.
 3. Adecuada inmovilización del cuello durante toda asistencia y traslado a centro hospitalario.
 4. Tratar las complicaciones que puedan surgir, derivadas del pulmón, o del edema cerebral secundario a ataque hipóxico.
 5. Control y vigilancia de constantes vitales
1. Dar atención de emergencia a los signos y síntomas específicos
 2. Colocar al paciente decúbito lateral izquierdo para permitir que drene agua, vomito o secreciones
 3. Aspirar según se requiera
 4. Preservar la temperatura corporal
 5. Exploración física asegurando que no haya lesiones adicionales
 6. Alerta a la posibilidad a paro cardiaco o respiratorio
 7. Reevaluar signos vitales



2.3.1 ABORTO ESPONTANEO

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo la pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal. Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.

. Otros términos para referirse a una pérdida temprana en el embarazo son:

- Aborto consumado: todos los productos (tejidos) de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto incompleto: solo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.



- Aborto infectado (séptico): el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.

- Aborto retenido: el embarazo se pierde y los productos de la concepción no salen del cuerpo.



CAUSAS

La mayoría de los son causados por cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. En pocas ocasiones, estos problemas tienen relación con los genes del padre o de la madre.

abortos espontáneos
problemas



Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

- Drogadicción y alcoholismo
- Exposición a toxinas ambientales
- Problemas hormonales
- Infección
- Sobrepeso
- Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
- Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
- Enfermedades graves en todo el cuerpo (sistémicas) de la madre (como la diabetes no controlada)
- Tabaquismo



La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé

El riesgo de aborto espontáneo es más alto:

- En mujeres de mayor edad. El riesgo se incrementa después de los 30 años, se vuelve mucho más grave entre los 35 a los 40 años, y es mayor después de los 40 años.
- En mujeres que ya hayan tenido varios abortos espontáneos.

SÍNTOMAS

Los posibles síntomas de un aborto espontáneo pueden incluir:

- Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico
- Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina
- Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales
Pruebas y exámenes Durante un examen pélvico se puede observar que su cuello uterino se ha abierto (dilatado) o adelgazado (borramiento del cuello uterino). Se puede hacer un ultrasonido abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de su sangrado. Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes de sangre:
 - Tipo de sangre (un tipo de sangre Rh-negativo, requeriría un tratamiento con inmunoglobulina Rh).
 - Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar cuánta sangre se ha perdido.
 - GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.
 - GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.
 - Conteo de glóbulos blancos (GB) y fórmula leucocitaria para descartar infección

TRATAMIENTO

En el caso de presentarse el aborto espontáneo, el tejido que sale por la vagina debe ser examinado. Esto se hace para determinar si era placenta normal o una mola hidatiforme (un crecimiento raro que se forma dentro del útero en el inicio del embarazo). Igualmente, es importante averiguar si aún queda algún tejido fetal dentro del útero.



En pocos casos un embarazo ectópico puede parecer un aborto espontáneo. Si usted ha expulsado tejido, pregúntele a su proveedor si el tejido debe ser enviado para pruebas genéticas. Esto puede ser útil para determinar si hay una causa tratable del aborto espontáneo. 40 Si el tejido del embarazo no sale del cuerpo en forma natural, puede necesitar quedar bajo una vigilancia cuidadosa hasta 2 semanas.

Cualquier sangrado vaginal posterior debe ser vigilado cuidadosamente. A menudo, es posible quedar embarazada inmediatamente. Se sugiere esperar un ciclo menstrual normal antes de tratar de quedar embarazada de nuevo.

POSIBLES COMPLICACIONES

En pocas ocasiones, se observan complicaciones de un aborto espontáneo. Un aborto séptico puede ocurrir si cualquier tejido de la placenta o el feto permanecen en el útero después del aborto espontáneo. Los síntomas de una infección incluyen fiebre, sangrado vaginal que no para, cólicos y un flujo vaginal fétido. Las infecciones pueden ser serias y requerir atención médica inmediata. Las mujeres que pierden a un bebé después de las 20 semanas de embarazo reciben atención médica diferente. Esto se denomina parto prematuro o muerte fetal.

PREVENCIÓN



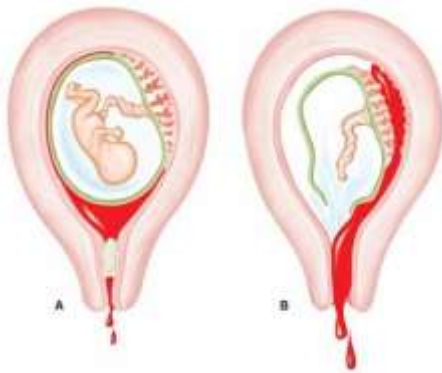
La atención prenatal pronta y completa es la mejor prevención para las complicaciones del embarazo, tales como el aborto espontáneo. Los abortos espontáneos que son causados por enfermedades sistémicas

se pueden prevenir detectando y tratando la enfermedad antes de quedar embarazada.

Cuando el cuerpo de la madre tiene dificultades para mantener un embarazo, se pueden presentar signos como sangrado vaginal leve. Esto significa que hay un riesgo de un

aborto espontáneo. Pero eso no significa que definitivamente vaya a ocurrir uno. Una mujer embarazada que desarrolla cualquier signo o síntoma de amenaza de aborto debe buscar a su ginecólogo al instante.

Tomar vitaminas prenatales y suplementos de ácido fólico antes de embarazarse puede disminuir grandemente las probabilidades de un aborto espontáneo y ciertos defectos de nacimiento.



APENDICITIS

La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. El apéndice no parece tener un propósito específico la apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho.

Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente



A

se

hace intenso a un que cualquiera puede tener apendicitis, lo más frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad el apéndice es un órgano pequeño en forma de tubo unido a la primera parte del intestino grueso no tiene una función conocida la apendicitis es causada por un bloqueo en el interior del apéndice este bloqueo provoca un aumento de la presión problemas con el flujo de la sangre e inflamación si el bloqueo no se trata , el apéndice puede romperse y diseminar la infección hacia el abdomen esta afección se llama peritonitis.

. El apéndice tiene una longitud de 10 centímetros consta con una cavidad angosta en el centro que se halla recubierta por una mucosa, que es muy abundante en tejido linfóide la inflamación del apéndice recibe el nombre de apendicitis, que se resuelve en la mayoría de los casos por cirugía.

CAUSAS

El apéndice produce constantemente mucosidad que se mezcla con las heces el problema que se plantea es que es el único órgano del tracto intestinal que no tiene salida, por lo que cualquier obstrucción en el drenaje de la mucosidad hace que esta se acumule y por tanto se produzca una dilatación en el apéndice. A medida que se va ampliando el tamaño del apéndice se va produciendo la compresión de los vasos sanguíneos y la necrosis de sus paredes este proceso puede evolucionar hasta que se produce la rotura del apéndice las causas de esta obstrucción puede ser:

- Aumento de los tejidos linfáticos por infección viral o bacteriana
- Obstrucción por otras circunstancias más complejas tumores o lombrices intestinales

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de la apendicitis son:

- Dolor repentino que comienza en el lado derecho de la parte inferior del abdomen
- Dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y a menudo se desplaza hacia la parte inferior derecha del abdomen
- Dolor que empeora cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos

Náuseas y vómitos

- Pérdida de apetito
- Fiebre ligera que puede empeorar a medida que la enfermedad avanza
- Estreñimiento o diarrea

- Hinchazón abdominal El lugar donde sientes el dolor puede variar dependiendo la edad y la posición del apéndice

COMPLICACIONES

La apendicitis puede causar complicaciones graves por ejemplo:

- La perforación del apéndice puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.
- Una acumulación de pus que se forma en el abdomen sin el apéndice se revienta es posible que se cree una acumulación de infección (absceso) en la mayoría de los casos el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el abscesos el tubo se deja colocado durante dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección. Una vez que se elimine la 45 infección se hace una cirugía para extraer el apéndice en algunos casos, se drena el absceso y el apéndice se extrae de inmediato.

TRATAMIENTO

El tratamiento para la apendicitis, generalmente, implica una cirugía para extraer el apéndice inflamado. Antes de la cirugía, es posible que te administren una dosis de antibióticos para prevenir infecciones.

Cirugía para extraer el apéndice (apendicetomía) La apendicetomía puede realizarse como una cirugía abierta, haciendo una incisión en el abdomen de 2 a 4 pulgadas (de 5 a 10 cm) de largo aproximadamente (laparotomía). O bien, la cirugía puede realizarse a través de unas incisiones pequeñas en el abdomen (cirugía laparoscópica). Durante una apendicetomía laparoscópica, el cirujano inserta instrumentos quirúrgicos especiales y una videocámara en el abdomen para extraer el apéndice.



En general, la cirugía laparoscópica te permite recuperarte más rápido y sanar con menos dolor y cicatrices. Puede ser una mejor opción para personas mayores u obesas. Sin embargo, la cirugía laparoscópica no es adecuada para todos. Si el apéndice se perforó y la infección se extendió más allá del apéndice o si tienes un absceso, es posible que necesites una apendicetomía abierta, la cual permite al cirujano limpiar la cavidad abdominal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería más que nada son los cuidados posoperatorios: La recuperación del paciente posoperatorio es rápida si es tal caso la apendicetomía es simple la salida del hospital



es de 1 a 3 días de haber sido sometido a la cirugía las actividades que se

realizan normalmente pueden ser reanudadas de 2 a 4 semanas al salir del hospital. • La recuperación no progresa con velocidad si el apéndice se rompió se formó un absceso en la zona el continuar sin esta pieza en el organismo no ocasiona problemas en referencia de salud. Entre los cuidados que podemos brindar al paciente después de la cirugía encontramos:

- Manejo del dolor, para mejorar el confort físico

- Cuidado de la herida quirúrgica. Para evitar la aparición de infección
- Administración de medicamentos.
- Enseñar sobre el uso de la faja abdominal
- Promoción de la movilización temprana
- Control de la diuresis
- Detección de signos y síntomas de infección
- Control de ruidos intestinales
- Enseñar de cuidados por operatorios al darse de alta el paciente



CONCLUSIÓN

Para concluir me gustaría recalcar que la primera unidad fue de mucha ayuda para que repasáramos los temas tan importantes que desde nuestros inicios en esta bonita carrera

vimos en anatomía, realmente son temas muy interesantes aunque si un poco tedioso para poder aprender por ejemplo cada uno de los huesos de la cara o los músculos pero sin embargo nos fue de mucha ayuda volver a leer estos temas , en cuanto a la segunda unidad me intereso mucho los temas de cómo actuar ante una emergencia ya que como profesionales de la salud debemos conocer ampliamente estos aspectos para poder ayudar de manera eficaz a las personas que se encuentren en esa situación, de igual manea conocí más ampliamente acerca de algunas urgencias como lo es un ahogamiento, un aborto espontaneo y la apendicitis, de manera general leímos sobre los cuidados de enfermería en cada una de estas situaciones y como poder ayudar a recuperar el estado de bienestar de nuestros pacientes, no me resta más que seguir leyendo y actualizándome en los temas vistos para poder llevar a la práctica estos conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

UDS. (2021). *ANTOLOGÍA PRACTICAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA* . Comitán CHIAPAS.