



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

9° CUATRIMESTRE

PRÁCTICAS CLÍNICAS

RESUMEN

E.L.E.: ALLYN GABRIELA FARFAN CÓRDOVA.

CATEDRÁTICO: L.E. MAURA DECKER RODRÍGUEZ PÉREZ.

TAPACHULA, CHIAPAS DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ

11 – JUNIO – 2022

ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS – CUIDADOS POSTERIORES

Para poder actuar ante una emergencia es necesario adoptar una serie de medidas básicas:

- 1- Conocer las emergencias que se producen con mayor frecuencia
- 2- Saber actuar ante esas emergencias siguiendo protocolos establecidos
- 3- Información de los servicios externos de urgencia, número de teléfono del servicio.
- 4- Disponer del Equipamiento y material necesario para la atención de urgencias médicas o complicaciones de tipo cardiopulmonar básicas, además se deberá contar con un equipo de reanimación cardiopulmonar básico.
- 5- Realizar simulacros para tener control sobre los protocolos y corregir deficiencias.

Ante una situación de emergencia súbita con riesgo vital, está demostrado que la resolución del caso puede depender mucho de la primera respuesta sanitaria que se dé.

- Actuación básica

La primera toma de contacto con posibles emergencias se realiza al elaborar la historia clínica. Esta anamnesis debe contener la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

Los principios básicos de actuación deben ser:

- 1.- Proteger tanto al accidentado o enfermo como a uno mismo.
- 2.- Reconocimiento de signos vitales.
- 3.- Avisar al servicio de urgencias e informar del hecho con la mayor exactitud posible en caso de requerirse.
- 4.- Mientras tanto, atender al paciente, tranquilizándolo y procediendo a una exploración primaria.

** Si no hay pulso, iniciar el masaje cardiaco en ciclos de 30 compresiones por dos insuflaciones

Posiciones de espera

- Posición Lateral de Seguridad (PLS): indicada para personas inconscientes, sin traumatismos en columna o cráneo, con respiración y pulso estables. Se controlará el vómito y se evitará la caída de la lengua hacia atrás.
- Decúbito supino: cuando se sospecha de una posible fractura de extremidades inferiores y para aplicar soporte vital básico.
- Piernas elevadas: para lipotimias y mareos.
- Ante sospecha de traumatismo en la columna vertebral no movilizar al paciente.

EQUIPO BÁSICO DE EMERGENCIA	
1.	Equipo de succión dental y quirúrgica.
2.	Resucitador manual con máscara facial. (Ambú)
3.	Cánulas orofaríngeas tipo Guedel números 1, 3 y 5, abrebocas y tiralenguas
4.	Fonendoscopio.
5.	Esfigmomanómetro.
6.	Complementos para la administración de fármacos: 1.- Jeringas desechables con agujas estériles para inyección VSC, VIV y VIM. 2.- Torniquete para punción venosa. 3.- Cánulas intravenosas gruesas (10-16). 4.- Sistemas de conexión. 5.- Esparadrapo y alcohol.
7.	Teléfonos de emergencias
8.	Bolsa de papel para hiperventilación.

FÁRMACOS BÁSICOS DE EMERGENCIA		
Medicamento	Indicación	Dosis Inicial en el Adulto
1. Oxígeno (según requerimientos de la consulta)	Casi cualquier emergencia médica	100% vía inhalatoria
2. Epinefrina	Anafilaxis Asma que no responde a albuterol/salbutamol Paro cardíaco	0,1 mg i.v. ó 0,3-0,5 mg i.m. 0,1 mg i.v. ó 0,3-0,5 mg i.m. 1 mg i.v.
3. Nitroglicerina	Dolor de tipo anginoso	0,3-0,4 mg vía sublingual
4. Antihistamina (difenhidramina ó clorfenhidramina)	Reacciones alérgicas	25-50 mg i.v., i.m. 10-20 mg i.v., i.m.
5. Albuterol/Salbutamol	Broncoespasmo asmático	2 sprays: vía inhalatoria
6. Aspirina	Infarto de miocardio	160-325 mg
7. Atropina	Bradycardia clínicamente significativa	0,5 mg i.v. ó i.m.
8. Efedrina	Hipotensión clínicamente significativa	5 mg i.v. ó 10-25 mg i.m.
9. Hidrocortisona	Insuficiencia adrenal Anafilaxis recurrente	100 mg i.v. ó i.m. 100 mg i.v. ó i.m.
10. Lorazepam ó Midazolam	Estatus epiléptico Estatus epiléptico	4 mg i.m. ó i.v. 5 mg i.m. ó i.v.

El botiquín debe guardarse en un lugar ni muy seco ni húmedo, lejos de fuentes directas de calor.

EMERGENCIAS MÁS FRECUENTES

PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

CONCEPTO: El cuadro más habitual de pérdida de conocimiento es el **síncope** o pérdida brusca y transitoria de la conciencia y tono muscular, de duración corta y recuperación espontánea, sin que sea necesaria una actuación médica y sin repercusión posterior.

El síncope vaso-vagal o espasmo suele ir precedido de sudor frío, palidez, náuseas y visión borrosa. Dura segundos y suele tener una recuperación rápida. Agentes que lo provocan: estrés, hipotensión, dolor, hiperventilación, problemas cardiacos, hipo o hiperglucemia, dietas de adelgazamiento muy severas, crisis epiléptica, patología vascular cerebral o traumatismo craneal.

MODO DE ACTUACIÓN: En cuanto se noten los primeros síntomas, colocar al paciente en decúbito con las piernas elevadas. Si hay pérdida de conocimiento usar la posición lateral de seguridad y mantener la vía aérea abierta. Tranquilizar al paciente tras la recuperación. No dejar al paciente solo por el riesgo de traumatismo si se produce una caída durante el síncope.

CONVULSIONES

CONCEPTO: episodio de origen neurológico de inicio brusco que puede manifestarse con sintomatología sensitiva o motora, perdiendo o no la conciencia. Lo mas habitual es la pérdida brusca de conocimiento seguida de movimientos bruscos de las extremidades y cianosis. Ceden espontáneamente y suelen ser breves.

MODO DE ACTUACIÓN: mantener al paciente tumbado retirando los objetos que tenga alrededor para que no se golpee. Intentar evitar la mordedura de la lengua con un pañuelo, no un objeto duro. Tras el episodio colocar al paciente en posición lateral de seguridad.

OBSTRUCCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS

CONCEPTO: certeza o sospecha de cuerpo extraño en vías respiratorias. Se deben realizar las maniobras oportunas para su desobstrucción. El mecanismo más eficaz para expulsar el cuerpo extraño es la tos.

MODO DE ACTUACIÓN: Si el paciente respira animarle a que tosa. Si esto no es efectivo debemos diferenciar dos situaciones:

Paciente consciente: si tosiendo no elimina el cuerpo extraño, realizar la maniobra de Heimlich hasta que se expulse el cuerpo:

- Reanimador de pie sujetando al paciente por detrás, pasando los brazos por debajo de las axilas y rodeando el torax.
- Colocar las manos sobre el abdomen y efectuar 5 compresiones hacia arriba y atrás



Paciente inconsciente: examinar la boca y retirar el objeto solo si es accesible. Comprobar la respiración y, si no respira, efectuar 5 insuflaciones. Si no se mueve el torax realizar la maniobra de Heimlich 5 veces de la siguiente manera:

- Colocar al paciente boca arriba, con la cabeza a un lado y la boca abierta.
- Colocarse a horcajadas sobre sus caderas
- Colocar el talón de una mano por encima del ombligo y por debajo del esternón. Colocar la otra mano sobre la primera cogiéndose la muñeca y aplicar movimientos hacia dentro y hacia arriba.

Repetir la maniobra hasta que se elimine la obstrucción.

REACCIONES ALÉRGICAS

CONCEPTO: respuesta anormal ante determinado estímulo en un individuo predispuesto. Pueden afectar a un órgano o ser multiorgánicas y aparecer inmediatamente o a las horas. Podemos considerar tres tipos de reacciones:

- urticaria: proceso cutáneo que cursa con intenso prurito o sensación de quemazón y que se acompaña de la aparición de lesiones habonosas en toda la superficie cutánea y, en ocasiones, también en mucosas. Lo característico de este proceso es que las lesiones tienden a desaparecer en unas horas. Se debe retirar el estímulo inmediatamente.
- Angioedema: se caracteriza por la rápida tumefacción (edema) de la piel, las mucosas y los tejidos submucosos. Puede producir dificultad respiratoria. Aplicar antihistamínico inmediatamente.
- Anafilaxia: reacción alérgica severa en todo el cuerpo y es potencialmente mortal. Cursa con prurito, sibilancias, estridor hipotensión, taquicardia,

convulsiones y finalmente coma. Aplicar adrenalina inmediatamente para parar la reacción y usar corticoides para prevenir reacciones tardías.

MODO DE ACTUACIÓN: una buena historia clínica puede prevenir estas patologías, sobretodo al preguntar las posibles alergias a fármacos (que producen casi el 50% de las reacciones anafilácticas), por tanto, no dar medicamentos que no creamos seguros para el paciente. En cuanto se noten los primeros síntomas de reacción alérgica retirar el estímulo.

HEMORRAGIAS

CONCEPTO: salida de sangre a través de una herida o rotura arterial, venosa o capilar.

MODO DE ACTUACIÓN: limpiar cuidadosamente la zona afectada con suero fisiológico o agua del grifo suavemente. Después desinfectar la zona con povidona iodada o clorhexidina de dentro hacia fuera de la herida y comprimirla con gasas. Valorar la posibilidad de suturar la herida. No usar alcohol ni algodón para limpiar la herida ni retirar objetos punzantes de la herida.

ACCIDENTES EN LOS OJOS

CONCEPTO: introducción de cuerpos extraños o líquidos en los ojos.

MODO DE ACTUACIÓN: lavarse las manos o actuar con guantes. Impedir que el afectado se frote el ojo. Lavar con suero fisiológico a chorro. Si hay un cuerpo extraño, tirar del párpado inferior primero, que es donde se suele alojar el cuerpo extraño y si se ve retirarlo con gasa estéril. Si el objeto se ha clavado en el ojo o ha desgarrado el globo ocular no pretender retirarlo y acudir a un centro sanitario. En caso de quemadura por agente químico hacer lavado intenso (excepto si es ácido sulfúrico o ácido nítrico) y llamar al Centro Nacional de Información Toxicológica (915 62 04 20).

CRISIS ASMÁTICA

CONCEPTO: episodio de broncoespasmo que cursa con disnea y tos seca..

MODO DE ACTUACIÓN: es imprescindible una buena anamnesis en la historia clínica para saber si el paciente ha sufrido estos episodios. Recomendarle que siempre acuda al consultorio con su medicación broncodilatadora. Evitar factores desencadenante (como olores fuertes), y si se produce tranquilizar al paciente y mantenerlo sentado, haciendo que tome (inhale) su medicación.

URGENCIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS

CONCEPTO: enfermedad crónica que cursa con un déficit de insulina, podemos tener dos situaciones:

- Hipoglucemia: disminución de glucosa en sangre por debajo de 60 mg/dl. Síntomas iniciales: temblor, palpitaciones, sudor frío y hambre. Si progresa puede provocar mareos, confusión, convulsiones y coma.
- Hiperglucemia: aumento de glucosa en sangre por encima de 180 mg/dl. No suele tener sintomatología, aunque los signos cardinales son poliuria y polidipsia, pudiendo llegar a náuseas, vómitos y dolor abdominal, pudiendo llegar al coma.

MODO DE ACTUACIÓN: es imprescindible una buena anamnesis en la historia clínica para saber si el paciente es diabético. Procurar no alterar el ritmo de comidas con los tratamientos odontológicos que se realicen, con citas cortas (y preferiblemente por la mañana) y sin generando el mínimo estrés posible.

- Hipoglucemia: administrar 10-15gr de azúcar de absorción rápida (dos terrones o 2 pastillas de Gluco-Sport). Si a los 10-15 minutos no persisten los síntomas repetir lo anterior. Si se recupera administrar 15gr de azúcares de absorción lenta (20gr de pan, 5 galletas, 1 fruta). Mantener la glucemia en 100 mg/dl. En caso de inconsciencia llamar al 112.
- Hiperglucemia: administrar insulina según pauta. Por encima de 400 mg/dl derivarlo a un servicio de urgencias.

En caso de duda actuar como si se tratara de una hipoglucemia.

TELÉFONOS DE INTERÉS

URGENCIAS

CENTRO DE SALUD

HOSPITAL

AMBULANCIAS

INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo es la pérdida espontánea de un embarazo antes de la semana 20.

Síntomas

Los signos y síntomas de un aborto espontáneo podrían incluir lo siguiente:

- Manchado o sangrado vaginal
- Dolor o calambre en el abdomen o en la región lumbar
- Líquido o tejido que sale de la vagina

Causas

Problemas con los genes o los cromosomas

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren porque el feto no se desarrolla como debería. Alrededor del 50 % de los abortos espontáneos están asociados a la falta o al exceso de cromosomas. Con mucha frecuencia, los problemas cromosómicos son el resultado de errores que ocurren por azar a medida que el embrión se divide y crece, no de problemas hereditarios.

Los problemas cromosómicos pueden causar lo siguiente:

- Embarazo anembrionado: El embarazo anembrionado se produce cuando no se forma ningún embrión.
- Muerte fetal intrauterina: En esta situación, se forma un embrión, pero deja de desarrollarse y muere antes de que se presenten síntomas de pérdida del embarazo.
- Embarazo molar y embarazo molar parcial

*En un embarazo molar, ambos conjuntos de cromosomas provienen del padre. Un embarazo molar está asociado con un crecimiento anormal de la placenta; por lo general, no hay desarrollo fetal.

*Un embarazo molar parcial se produce cuando los cromosomas de la madre permanecen, pero el padre proporciona dos juegos de cromosomas. Un embarazo molar parcial generalmente se asocia con anomalías de la placenta y un feto anormal.

Los embarazos molares y molares parciales no son embarazos viables. Los embarazos molares y molares parciales a veces pueden estar asociados con cambios cancerosos de la placenta.

- Afecciones de salud materna

En algunos casos, si la madre tiene una enfermedad, esta podría provocar un aborto espontáneo. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:

- Diabetes no controlada
- Infecciones
- Problemas hormonales
- Problemas del útero o del cuello del útero
- Enfermedad de la tiroides

Factores de riesgo

Diversos factores aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo, entre ellos los siguientes:

- Edad: Las mujeres mayores de 35 años tienen un riesgo más alto de aborto espontáneo que las mujeres más jóvenes. A los 35 años, tienes un riesgo de alrededor del 20 %. A los 40 años, el riesgo es de alrededor del 40%. A los 45 años, el riesgo es de alrededor del 80 %.
- Abortos espontáneos previos: Las mujeres que tuvieron dos o más abortos espontáneos consecutivos tienen mayor riesgo de sufrir otro.
- Afecciones crónicas: Las mujeres que tienen una afección crónica, como la diabetes no controlada, tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo.
- Problemas en el útero o el cuello del útero: Determinadas afecciones uterinas o tejidos débiles del cuello del útero (incompetencia cervical) podrían aumentar el riesgo de tener un aborto espontáneo.
- Fumar, consumir alcohol y drogas ilícitas: Las mujeres que fuman durante el embarazo tienen mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que las que no fuman. El consumo abundante de alcohol y el uso de drogas ilícitas también aumentan el riesgo de sufrir un aborto espontáneo.
- Peso: Tener bajo peso o sobrepeso se ha asociado con un aumento del riesgo de aborto espontáneo.
- Pruebas prenatales invasivas: Algunas pruebas genéticas prenatales invasivas, como la muestra de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, conllevan un riesgo leve de aborto espontáneo.

Prevención

- Acudir con regularidad a las consultas de atención prenatal.
- Evitar los factores de riesgo conocidos del aborto espontáneo como fumar, beber alcohol y consumir drogas ilegales.
- Tomar un complejo multivitamínico diario.
- Limitar el consumo de cafeína. Un estudio reciente reveló que beber más de dos bebidas con cafeína por día parecía estar relacionado con un riesgo mayor de tener un aborto espontáneo.

Tratamiento

Amenaza de aborto espontáneo

Ante una amenaza de aborto espontáneo, el proveedor de atención médica podría recomendarte reposo hasta que disminuya el sangrado o el dolor. No se ha demostrado que el reposo en cama prevenga el aborto espontáneo, pero en ocasiones se indica como medida de seguridad. También es posible que te pidan que evites el ejercicio y las relaciones sexuales. Si bien no se ha demostrado que estas medidas reduzcan el riesgo de sufrir un aborto espontáneo, pueden mejorar tu comodidad.

En algunos casos, también es una buena idea posponer los viajes, en particular a lugares en los que sería difícil recibir atención médica inmediata. Pregunta a tu proveedor de atención médica si sería conveniente retrasar los próximos viajes que tengas programados.

Aborto espontáneo

Con la ecografía, ahora es mucho más fácil determinar si el embrión ha muerto o si nunca se formó. Cualquiera de estos resultados implica que definitivamente habrá un aborto espontáneo. En esta situación, podrías tener varias opciones:

- Conducta expectante: Si no tiene signos de infección, podría elegir dejar que el aborto espontáneo avance de forma natural. Por lo general, esto ocurre en un lapso de un par de semanas desde que se determina que el embrión ha muerto. Lamentablemente, podría durar hasta tres o cuatro semanas. Puede ser un período emocionalmente difícil. Si la expulsión no se produce por sí sola, se necesitará tratamiento médico o quirúrgico.

- Tratamiento médico: Si, después de un diagnóstico de una determinada pérdida del embarazo, se prefiere acelerar el proceso, hay medicamentos que pueden provocar que el cuerpo expulse el tejido del embarazo y la placenta. Los medicamentos se pueden tomar por vía oral o pueden introducirse por la vagina. El proveedor de atención médica podría recomendar introducir el medicamento por la vagina para aumentar su eficacia y minimizar los efectos secundarios, como náuseas y diarrea. Para alrededor del 70 al 90 % de las mujeres, este tratamiento funciona en menos de 24 horas.

- Tratamiento quirúrgico: Otra opción es un procedimiento quirúrgico menor llamado dilatación y curetaje por aspiración. Durante este procedimiento, el proveedor de atención médica dilata el cuello del útero y extirpa el tejido del interior del útero. Las complicaciones son poco frecuentes, pero podrían incluir daños al tejido conectivo del cuello del útero o de la pared uterina. El tratamiento quirúrgico es necesario si tienes un aborto espontáneo junto con sangrado intenso o signos de infección.

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.

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. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso.

Síntomas

Los signos y síntomas de la apendicitis pueden comprender:

- 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
- Flatulencia

Causas

La causa probable de la apendicitis es una obstrucción en el recubrimiento del apéndice que da como resultado una infección. Las bacterias se multiplican rápidamente y hacen que el apéndice se inflame, se hinche y se llene de pus. Si no se trata inmediatamente, el apéndice puede romperse.

Complicaciones

La apendicitis puede causar complicaciones graves, por ejemplo:

- La perforación del apéndice. Esto 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. Si 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 absceso. El tubo se deja colocado durante aproximadamente dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección.
- Una vez que se elimina la 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, se puede administrar una dosis de antibióticos para tratar la infección.

- Cirugía para extraer el apéndice (apendicectomía)

La apendicectomía 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 apendicectomía laparoscópica, el cirujano inserta instrumentos quirúrgicos especiales y una videocámara en el abdomen para extraer el apéndice.

- Drenar un absceso antes de una cirugía de apéndice
Si el apéndice se reventó y se formó un absceso alrededor de él, se puede drenar el absceso insertando un tubo a través de la piel. La apendicectomía puede realizarse varias semanas después de haber controlado la infección.