



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Yoli Melina Escobedo Montejo

TEMA: Síntomas más frecuentes y señales de dolor de alerta

PARCIAL: I

MATERIA: Prácticas profesionales

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 9°

INTRODUCCIÓN

Como profesionales de enfermería tenemos funciones importantes sobre la salud de la población, pues somos los encargados de brindar los cuidados y atención a los enfermos así como también llevamos a cabo tareas de asistencia sanitaria, clínica, de prevención y promoción a la salud. Todo esto con el objetivo de mejorar los hábitos y estado de salud de nuestros pacientes y de la misma manera de la población. En el presente ensayo abordaremos algunas de las situaciones o alteraciones más frecuentes de urgencia o emergencia que se presentan, como lo son los síntomas más frecuentes y señales de dolor de alerta y la obstrucción de las vías aéreas, también se mencionara los signos y síntomas que cada una de ellas presenta, los cuidados que se deben realizar de acuerdo a la situación, su tratamiento, prevención y el método diagnóstico.

SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES Y SEÑALES DE DOLOR DE ALERTA

El dolor de pecho es uno de los problemas más frecuentes que se presenta desde una punzada intensa hasta un dolor sordo, el cual puede manifestarse como una sensación de opresión o ardor. Algunas de las causas que lo pueden ocasionar son: problemas del corazón como la angina, ataques de pánico, problemas digestivos como acidez o enfermedades del esófago, músculos adoloridos, enfermedades de los pulmones e inflamación del pecho, aunque a veces las causas pueden variar dependiendo de si es por un problema menor o hasta por emergencias médicas, en este caso es necesario que se busque ayuda médica de emergencia si el dolor en el pecho se presenta sin causa aparente y que dura más de unos minutos. En general el dolor es definido por la Association for the Study of Pain (IASP) como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. (FORNIES & SIERRA, 2008)

Entre los signos y síntomas que se presentan pueden variar según cual sea el detonante de los síntomas, ya que pueden relacionarse con el corazón que ocasiona una leve molestia que no necesariamente se identifica como dolor pues ocasiona presión, inflamación, ardor u opresión en el pecho, dolor opresivo o agudo que se extiende hasta la espalda, el cuello, la mandíbula, los hombros y uno o ambos brazos, asimismo dolor que dura más de unos pocos minutos, empeora con la actividad, desaparece y vuelve a aparecer o varía en intensidad, también falta de aire, sudoración fría, mareos o debilidad y náuseas o vómito. Las causas que se relacionan con las alteraciones en el funcionamiento del corazón destacan los ataques cardíacos, la angina de pecho, una disección aórtica y la pericarditis.

En estos casos como personal de enfermera debemos realizar ciertos cuidados como mantener un ambiente tranquilo para favorecer el descanso, administrar la medicación indicada con la técnica y vía correcta, posición semifowler a 45°, evaluar el dolor torácico, evaluación de la movilización dinámica no invasiva, proporcionar oxígeno suplementario, valorar saturación de oxígeno, entre otros.

Por otra parte la dificultad para respirar es una sensación desagradable de tener dificultad respiratoria, que puede ser generada por distintas enfermedades como fiebre u algunos trastornos de los pulmones como embolia pulmonar, pleuritis, un colapso pulmonar o por hipertensión pulmonar es cuando hay presión arterial alta en las arterias que transportan sangre a los pulmones. La dificultad respiratoria es una patología pulmonar importante por su

alta incidencia y morbilidad. Se calcula que en estados unidos cada año afecta aproximadamente a 200,000 pacientes y de estos un 40% fallece. (CAVICCHIONI, 2012)

Algunos de los signos y síntomas de alarma son dificultad respiratoria en reposo, disminución del nivel de conciencia, agitación o confusión, molestia en el pecho o sensación que el corazón está latiendo con violencia o muy rápidamente o con latidos irregulares, pérdida de peso, sudoración nocturna, también se puede presentar cambios en la frecuencia respiratoria, cambios de color ya que si la persona no recibe el oxígeno que necesita puede presentar color azulado, gruñidos, aleteo nasal, retracciones que es cuando el pecho se hunde debajo del cuello o el esternón con cada respiración, sudoración, silbidos al respirar, dificultad al hablar, etc.

Para ayudar en la mejora de salud de las personas con estas alteraciones debemos, vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, evaluar movimiento torácico, observar si se producen respiraciones ruidosas, mantener la permeabilidad de la vía aérea, administrar oxígeno suplementario según indicaciones, vigilar flujo de litro de oxígeno, eliminar las secreciones, vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, entre otros.

Por otro lado la cefalea es uno de los trastornos primarios dolorosos e incapacitantes que puede presentarse de distintas maneras como lo es jaqueca, migraña, cefalea tensional y cefalea en brotes. En otras palabras la cefalea “es la presencia de dolor por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos hasta el centro del canal auditivo externo”. La migraña es una cefalea primaria, que suele aparecer en la pubertad, se caracteriza por: intensidad moderada o severa, dolor de un solo lado de la cabeza y/o pulsátil, empeora con la actividad física, náuseas, los episodios se presentan con una frecuencia que varía entre 1 al año y 1 por semana. Por otro lado la cefalea tensional es la cefalea primaria más común, que se produce menos de 15 días al mes, empieza en la adolescencia y afecta más a las mujeres que a los hombres, guarda relación con el estrés. Asimismo la cefalea en brotes es una cefalea primaria que se caracteriza por episodios recurrentes y frecuentes, se acompaña de rinorrea u obstrucción de la fosa nasal del lado afectado, y el parpado puede estar caído. Por último la cefalea por uso de analgésicos que es causada por el consumo crónico y excesivo de medicamentos para combatir las cefaleas, es opresiva, persistente, generalmente empeora al despertar. Esta puede manifestarse con parpados caídos, lagrimeo, vértigo, náuseas y vómito, enrojecimiento de los ojos, espasmos faciales y anisocoria. Puede ser causada por herencia, edad, estrés, alimentos, alcohol,

cambios hormonales, cambios climáticos, falta o exceso de sueño y/o por fármacos. En la cefalea tensional el dolor es de intensidad leve o moderada, por el contrario en caso de migraña o jaqueca, el dolor es unilateral de carácter pulsátil y se acompaña de náuseas, vómito o intolerancia a la luz o el ruido. Por otra parte la cefalea en racimos genera dolores intensos, siempre unilaterales y de corta duración, puede presentar enrojecimiento ocular, lagrimeo, congestión nasal, hinchazón facial, edema de los párpados y rinorrea. (OTALVARO, 2015)

Para prevenir o tratar estas enfermedades promoveremos, el descanso en una habitación oscura o silenciosa, aplicaciones de hielo en la cabeza por 15 a 20 minutos, aplicación de calor a su cabeza por 20 a 30 minutos cada 2 horas o los días indicados, control diario de migrañas anotar cuando empieza y termina, en caso de las cefaleas para prevenirlas se debe evitar fumar, no consumir alcohol, hacer ejercicio regularmente, control del estrés, respetar horarios de sueño y control de la dieta.

OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

En estos casos se realiza la aplicación de apoyo vital básico que consiste en un conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está sufriendo una parada cardiorrespiratoria y aplicar en ella una sustitución temporal de las funciones respiratorias, mediante dichas maniobras hasta que la víctima pueda recibir atención médica. El objetivo de este es restablecer las funciones vitales consiguiendo la oxigenación de los tejidos.

En cuanto al RCP es una respuesta organizada y secuencial al paro cardíaco, que inicia con las maniobras de compresión torácica interrumpidas y desfibrilación temprana, las cuales consisten en una serie de procedimientos que podemos aplicar a personas víctimas de un paro cardiorrespiratorio, a consecuencia de enfermedades previas del corazón que producen eléctricamente una fibrilación ventricular que es un ritmo caótico, sin actividad mecánica cardíaca, como el paro respiratorio donde el pulso está presente, muerte clínica, apnea más parada cardíaca total, muerte cardíaca la cual para restablecerla es necesario detectar una asistolia eléctrica intratable durante por lo menos 30 minutos a pesar de una reanimación avanzada y un tratamiento avanzado óptimo. Respecto a la muerte cerebral tiene criterios clínicos, electroencefalográficos.

Por otro lado en el RCP básico debemos reconocer el problema y pedir ayuda a los servicios de emergencia, por lo que hay que comprobar el nivel de conciencia y si el paciente respira o

no e iniciar RCP si entra en parada cardiorrespiratoria aplicando una desfibrilación precoz en el caso de tener el dispositivo, caso contrario seguiremos con el RCP hasta que venga la ayuda especializada para que nos sustituya.

Una indicación antes de realizar la reanimación cardiopulmonar es comprobar las condiciones del lugar y que las condiciones donde se encuentra la víctima sean seguras para nosotros y para ella, comprobar la respiración: ver, oír y sentir, valorar signos vitales, movimientos respiratorios y pulso, así como también valorar el nivel de conciencia de la víctima y posteriormente comenzar con RCP. El primer paso es iniciar con compresiones torácicas, para ello debemos despejar la zona del pecho, que se vea la piel, ubicar el reborde de las costillas y llegar hasta la cruz de referencia, ubicar las manos en el centro del pecho, entrelazarlas para evitar tocar las costillas, apoyar solo el talón de la mano y comenzar las compresiones, solamente debe tocar el talón de una mano, reloj, pulseras es mejor quitarlas, hay que extender los brazos por completo y mantenerlos rígidos, con hombros y codos bloqueados, el pecho debe bajar unos 5 a 6 cm, comprimiendo a una frecuencia de 30 veces con duración de 18 a 22 segundos por ciclo, una vez finalizadas las compresiones abrir la vía aérea y administrar 2 ventilaciones de rescate.

Para liberar las vías aéreas primero abriremos la vía aérea, en el caso de que el paciente respire normalmente se debe colocar en posición lateral de seguridad, para evitar la bronco aspiración, mantener abierta la vía aérea y la alineación cabeza, cuello, tronco, mantener la posición evitando que la víctima ruede o se desequilibre, permitir el desplazamiento del auxiliar de apoyo, retirar objetos que puedan ser lesivos, no se debe poner a la víctima más de 30 minutos del mismo lado, vigilar la circulación en el brazo que está debajo. Por el contrario cuando no exista respiración adecuada debemos apoyar una mano en la frente y con la otra elevar el mentón de la víctima, inclinando la cabeza levemente hacia atrás, administrar dos ventilaciones de rescate alternando 2 ventilaciones cada 30 compresiones durante 5 veces, a continuación tenemos que valorar la buena ventilación tras las 30 compresiones se deben dar 2 insuflaciones boca a boca con el objetivo de oxigenar la sangre y que las células cerebrales no mueran, se debe hacer a la vez que se realiza la maniobra frente-mentón pinzando la nariz y mirando hacia el pecho, realizar una inspiración normal, luego sellar bien nuestra boca con la del paciente e insuflar el aire suavemente hasta que el pecho se eleve, no más de 1 segundo, retirar la boca para que salga el aire y comprobar que el pecho baja, volver a realizar la técnica nuevamente, si el pecho se eleva,

las ventilaciones están siendo efectivas, fijarnos si hay objetos en la boca y si lo hubiera sacarlo. Cuando la víctima es un niño, las maniobras son las mismas, la única diferencia es que la causa más probable de paro cardiorrespiratorio sea una afección respiratoria, por lo que primero realizaremos 2 minutos de RCP y después llamar a emergencias, posteriormente continuar con las compresiones.

En cuanto a la obstrucción de la vía por cuerpo extraño, esta constituye un accidente que habitualmente se presenta como un evento súbito en un niño previamente sano, con manifestación de dificultad respiratoria severa. “Es producto de la aspiración de un cuerpo extraño, es una emergencia respiratoria que se presenta generalmente en el menor de 5 años correspondiendo el 80% de los casos a preescolares”. Los materiales de obstrucción se clasifican en orgánicos e inorgánicos, los primeros son los más comunes, como cacahuates, frijol, maíz, nuez y pistache, los inorgánicos son objetos diversos de metal y plástico. Cursa con tres etapas clínicas, primero el paciente presenta sensación de atoramiento, paroxismos de tos, inhabilidad para hablar, náuseas y potencialmente obstrucción completa de la vía aérea, en segundo lugar el paciente experimenta una mejoría transitoria que con frecuencia lleva al Dx herrado o tardío, este corresponde al periodo asintomático o saliente, se presentan síntomas de las potenciales complicaciones, que pueden manifestarse entre minutos a meses después del episodio. Estos incluyen tos, fiebre, hemoptisis, neumonía, absesos, atelectasias, hemotorax, neumotórax, perforación, mediastinitis, fistula bronco cutánea e incluso muerte. Para diagnosticar se debe realizar una completa y detallada anamnesis, para el Dx clínico es útil la palmada audible 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 donde el golpe palpable es el equivalente al frenito táctil de los soplos cardiacos en el que al colocar un dedo sobre la tráquea se siente el golpe del cuerpo extraño al moverse dentro de la misma, la sibilancia asmatoide, es una sibilancia audible directamente o con el fonendoscopio a nivel de la tráquea y que casi no se detecta en el tórax. (PRADO & YAÑEZ, 1999)

Referente a las heridas son lesiones físicas en el cuerpo que causa daño a la estructura del área lesionada, los tipos incluyen una incisión, una laceración o un moretón, desgarró o fractura. En otras palabras, las heridas son lesiones que rompen la piel u otros tejidos del cuerpo, las más comunes incluyen: mordeduras de animales, moretones, quemaduras, dislocaciones, lesiones por electricidad, fracturas torceduras y distenciones. Estas se

caracterizan según su aspecto, es decir, por el tejido eritematoso, tejido enrojecido, tejido amarillo pálido, tejido necrótico, también por su extensión expresada en el diámetro de mayor extensión y por su profundidad, por tejido esfacelado o necrótico, tejido de granulación, edema, piel circundante que es la piel cercana a la herida puede ser piel sana, descamación, piel eritematosa, piel macerada.

De acuerdo a las características de la lesión se clasifican de tipo uno donde hay cambios de la coloración, temperatura, puede haber edema, aumento de la sensibilidad, induración y no hay pérdida de continuidad de la piel. Tipo dos hay pérdida de la epidermis, dermis o ambas, se presenta como un orificio cubierto de tejido de granulación o fibrina. Tipo tres, tiene pérdida de todas las capas de la piel y daño del tejido subcutáneo que puede llegar hasta el musculo, a veces produce bastante secreción serosa y/o pus en caso de infección. Tipo cuatro presenta pérdida de todas las capas de la piel con necrosis y gran destrucción de tejidos que compromete el tejido muscular, óseo o estructuras de soporte con abundante secreción serosa y/o pus en caso de infección. Respecto a su fisiología es un proceso dinámico, interactivo en el cual participan mediadores solubles extracelulares, células sanguíneas, células de la matriz tisular, del parénquima, para facilitarle estudio y comprensión. Hay tres fases, la primera, la fase inflamatoria que comprende la hemostasia, inflamación, migración, producción de la matriz extracelular, angiogénesis, angiogelosis, hepitelización, seguida de la fase madurativa y por último la fase inflamatoria. Después de ello se inicia la hemostasia que activa los elementos celulares de la sangre y lleva a la formación del coagulo, proceso donde interfiere la cascada de coagulación y la activación plaquetaria. También se da la fase proliferativa o de granulación donde predomina la proliferación celular con el fin de alcanzar la reconstitución vascular y rellenar la zona con tejido granulatorio, consiste en la maduración del colágeno que empieza una semana después de la lesión y continúa entre 12 y 18 meses.

Por otro lado la técnica de vendaje consiste en envolver una parte del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos, para ello existen distintos tipos de vendas usada según el tipo de lesión, como lo es la venda de gasa orillada, venda algodónada, venda elástica, venda elástica adhesiva, vendajes tubulares, venda impregnada en materiales, venda de papel, venda de espuma, venda cohesiva, venda tape, en cuanto a su técnica puede ser vendaje contentivo o blando usado para contener el

material de una cura o un apósito, proteger la piel de erosiones y sostener otra inmovilización. El vendaje compresivo es un vendaje blando que se utiliza para obtener un gradiente de presión y usado para ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad, limita el movimiento de alguna articulación en el caso de contusiones y esguinces. El vendaje suspensorio que sostiene el escroto o mamas. También está el vendaje funcional que inmoviliza un área selectiva de la articulación afectada, permitiendo cierto grado de movilidad. Vendaje de vuelta circular que consiste en dar vueltas sobre la vuelta anterior, usada para iniciar y finalizar vendajes. De vuelta en espiral donde cada vuelta de la venda cubre 2 a 3 partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando y la vuelta en espiga que comienza por la zona distal de la extremidad, realizando vuelta hacia arriba y hacia abajo con una inclinación de 45° en cada una de ellas, la primera vuelta inicia hacia arriba y la segunda hacia abajo.

CONCLUSIÓN

Para concluir, como personal de salud es fundamental que tengamos los conocimientos pertinentes para identificar las posibles alteraciones o problemas que nuestros pacientes presenten y de esta manera proporcionar los cuidados e intervenciones que cada uno de ellos requiera con la técnica correcta, de manera oportuna, eficaz y con calidad, todo ello con la finalidad de contribuir en la recuperación o rehabilitación de su salud y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍAS

CAVICCHIONI, A. U. (2012). SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDO: REVISION DE CAUSAS, PATOGENESIS Y TRATAMIENTO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 571-574.

FORNIES, A. L., & SIERRA, M. C. (2008). *DOLOR*. ARGENTINA.

OTALVARO, M. G. (2015). CEFALEA: MAS QUE UN SIMPLE DOLOR. *REVISTA MEXICANA DE NEUROCIENCIA*, 72-109.

PRADO, F., & YAÑEZ, J. (1999). OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO. MANEJO ENDOSCOPICO COMBINADO. *REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA*, V. 70.

UDS. ANTOLOGÍA PRÁCTICAS PROFESIONALES. PP. 58-101.