



**Mi Universidad**

## Ensayo

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Polet Berenice Recinos Gordillo.

**TEMA:** Unidad 2

**PARCIAL:** 2

**MATERIA:** Prácticas profesionales.

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Rubén Eduardo Domínguez.

**LICENCIATURA:** Enfermería.

**CUATRIMESTRE:** 9no.

**12 - junio - 2022.**

## INTRODUCCIÓN

En este ensayo realizare un análisis de los temas de la unidad 2 otorgados en la antología proporcionada, para conocer más a fin sobre el contenido de cada tema, y sobre como ayudan a desempeñar a un enfermero adecuadamente sus funciones.

Espero este ensayo sea de su agrado, agradezco el tiempo que se toma en leerlo y espero cumplir sus expectativas.

### 2.1 ESCALAS DE VALORACIÓN.

**Glasgow:** La escala de valoración de Glasgow se utiliza para medir el nivel de conciencia en nuestros pacientes, se establece a través de parámetros como: Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora, dentro de estaos parámetros se le otorga un puntaje según el estado del paciente siendo 15 la mayor puntuación que significa que esta en excelente estado, y 8 necesita entubación, y sientio 3 el menor lo cual indica un estado totalmente grave.

Estos se clasifican en: Leve, Grave, Moderado.

**Ramsay:** Durante el ejercimiento de la enfermería podemos observar muchos casos, como cuando un paciente sale de cirugía, para ello utilizamos una escala llamada “Escala de Ramsay” y se utiliza para medir el nivel de sedación del paciente.

Y se divide en niveles:

- 1: despierto, ansioso, agitado, y no descansa.
- 2: despierto, cooperador, orientado y tranquilo.
- 3: dormido, con respuesta a órdenes.
- 4: Somnoliento con breves respuestas a la luz, y el sonido.
- 5: dormido con respuesta solo al dolor.
- 6: profundamente dormido, sin respuesta a estímulos.

**Silverman:** Esta escala comúnmente se utiliza para valorar la función respiratoria de un recién nacido.

SIGNOS	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINAL	Sincronizado	Hundimiento de tórax y abdomen	Discordancia
TIRAJE INTERCOSTAL	Ausente	Apenas visible	Marcada
RETRACCION XIFOIDEA	Sin retracción	Apenas visible	Marcada
ALETEO NASAL	Ausente	Mínima	Marcada
QUEJIDO ESPIRATORIO	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible

Estos parámetros establecen que: 0 puntos es igual a sin dificultad respiratoria, de 1 a 3 puntos con dificultad respiratoria leve, de 4 a 6 puntos con dificultad respiratoria moderada, y de 7 a 10 puntos es severa.

**Eva:** En esta escala se valora el dolor que el paciente presenta generalmente se utiliza en la mayoría de las patologías, como dolor de estómago, apendicitis, cortadas, etc.

La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

**La valoración será:**

- 1 dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

**Capurro:** En las áreas como labor y expulsión se utiliza una escala llamada de Capurro y es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.

**Valora parámetros como:**

- ✓ Forma de la oreja.
- ✓ Tamaño de la glándula mamaria.
- ✓ Formación del pezón.
- ✓ Textura de la piel.
- ✓ Pliegues plantares.

### Valoración edad gestacional: Método B CAPURRO

+/- 8 días Pediatria

<b>Forma de oreja (pabellón)</b>	0	8	16	24	<b>Puntaje parcial:</b> 1. Suma 204 + puntaje obtenido 2. Divide resultado entre 7	
<b>Tamaño de glándula mamaria</b>	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15		R
<b>Formación del pezón</b>	Apenas visible en areola 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 10	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 15		R
<b>Textura de la piel</b>	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Mas gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15		R
<b>Pliegues plantares</b>	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/4 anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15		R

Edad	SDG
Postmaduro	> 42 sdg
A término	37 – 41 sdg
Prematuro leve	35 – 36 sdg
Prematuro Moderado	32-24 sdg
Prematuro extremo	< 31 sdg

**¿Cuándo utilizar capurro B?**

1. Si el RN presenta signos de daño cerebral o disfunción neurológica

**Para diagnosticar PREMATUREZ Capurro B S: 40.62% E: 97.71 VPP: 65% VPN: 94%**

**Gold standart VALORAR EDAD GESTACIONAL: Ultrasonido obstétrico primera mitad del embarazo**

**Apgar:** Esta escala valora la adaptación del recién nacido en el medio ambiente.

- Apariencia: como se ve él bebe.
- Pulso: frecuencia cardiaca.
- Gestos: que llore.
- Actividad: que se mueva.
- Respiración: frecuencia respiratoria.

**Crichton:** Escala de Crichton para valorar el riesgo de caída, ya que durante la hospitalización de algunos pacientes suelen darse las caídas, pueden ser por distintos factores como que los barandales de las camas no sirvan, que el paciente se mueva mucho, etc.

VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON	
Valoración del riesgo	puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Problemas sin factores de riesgo evidente	1
<b>total</b>	<b>10</b>

**DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA**

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON	
Valoración del riesgo	puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Problemas sin factores de riesgo evidente	1
<b>total</b>	<b>10</b>

**DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA**

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

**Braden:** Aquí se valoran las úlceras por presión, que se dan por diversas causas como: estar en cama durante largos periodos sin movilización, diabetes, desnutrición, alcoholismo, humedad, obesidad, y además suelen volverse mortales si no se les da un cuidado adecuado ya que puede llegar a necrosar el tejido.

## 2.2 EL AYUDISTA EN PRIMEROS AUXILIOS ANTE LAS URGENCIAS MÉDICAS.

**PROTOCLO PAS:** Este protocolo nos ayuda a saber que hacer en caso de una emergencia, ya que nos guía sobre cómo tratar al paciente, lo cual es una gran ayuda para nosotros como personal de enfermería, ya que optimiza las condiciones a la hora de actuar.

**Protocolo:**

**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:**

1. 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.
2. 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 112.

**Socorrer:** brindar los primeros auxilios al paciente en lo que llega la ambulancia, de ser necesario iniciar el RCP.

## 2.3 ESTADO GRAVE O CRÍTICO, DE COMA Y SHOCK

**Conciencia:** Es el proceso fisiológico en el cual el individuo mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno.

**Grados de trastorno de la conciencia:**

Letargia.

Obnubilación.

Estupor.

**Coma:** Constituye la depresión completa de la vigilia de la cual el paciente no puede ser despertado con ningún estímulo.

**Tipos de trastorno de conciencia**

- ❖ Estado vegetativo.
- ❖ Mutismo aquinético.
- ❖ Estado de conciencia mínimo.
- ❖ Coma (ya definido previamente)
- ❖ Estado vegetativo (coma vigil, estado apático).

Grados de coma:

La escala de Glasgow permite no sólo la valoración inicial de la profundidad del coma, sino también el seguimiento del paciente comatoso, permitiendo detectar con facilidad cambios evolutivos.

**Estado de shock:** 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,

**Además se considera** un síndrome multifactorial que requiere un enfrentamiento sistematizado para su identificación, clasificación y tratamiento adecuado.

## Tipos de shock

Y se clasifica en:

1. Shock anafiláctico.
2. Shock hipovolémico.
3. Shock séptico.
4. Shock hemorrágico.
5. Shock cardiogénico.

## 2.4 PASOS PARA ATENDER UNA EMERGENCIA

- I. Solicitar atención
- II. Valoración Primaria
- III. Valoración secundaria
- IV. Registrar los datos del paciente, signos vitales.
- V. En caso de intoxicación realizar maniobras de Heimlich.
- VI. En caso de paro cardiorrespiratorio iniciar RCP.
- VII. Realizar cuidados posteriores al paciente.

## 2.5 PRINCIPALES EMERGENCIAS

Estas incluyen:

- Infecciones obstétricas graves.
- Hemorragias del embarazo, parto y puerperio.
- Las complicaciones graves de los estados hipertensivos del embarazo
- Paro cardiorrespiratorio en la embarazada.
- Ahogamiento
- Aborto espontaneo.
- Apendicitis.

### 2.5.1 Ahogamiento

Se define como el proceso conducente a la imposibilidad de respirar debido a sumersión/inmersión en un líquido. Estos suelen darse por distintos factores como que la persona cayera al agua y no supiera nadar, que sea un menor de edad, una persona alcoholizada, convulsiones, traumatismos, enfermedades cardiopulmonares, intentos de suicidio u homicidio, etc.

#### Se clasifica en:

Primario; Es el tipo más común, no presentando en su mecanismo ningún factor desencadenante del accidente.

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.

Signos	Síntomas
Ausencia de pulso Respiración inadecuada o ausente	Obstrucción de la vía aérea Lesión espinal Lesión craneal Lesiones de tejidos blandos Lesiones musculoesqueléticas Hemorragia interna o externa Hipotermia Abuso de drogas o alcohol Ahogamiento o casi-ahogamiento

### 2.5.2 Cuidados de enfermería en ahogamientos

- estabilizar vía aérea.
- Especial atención si presenta traumatismo craneal y lesiones a nivel cervical, hipotermia y barotrauma.
- Adecuada inmovilización del cuello.
- Tratar las complicaciones.
- Control y vigilancia de constantes vitales
- Dar atención de emergencia a los signos y síntomas específicos
- Colocar al paciente decúbito lateral izquierdo para permitir que drene agua, vomito o secreciones

- Aspirar según se requiera
- Preservar la temperatura corporal
- Exploración física asegurando que no haya lesiones adicionales
- Alerta a la posibilidad a paro cardiaco o respiratorio
- Reevaluar signos vitales

## 2.6 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.

Terminología:

- Aborto consumado.
- Aborto incompleto.
- Aborto inevitable.
- Aborto infectado (séptico).
- Aborto retenido.

Causas:

1. Drogadicción y alcoholismo
2. Exposición a toxinas ambientales
3. Problemas hormonales
4. Infección
5. Sobrepeso
6. Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
7. Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
8. Enfermedades graves en todo el cuerpo (sistémicas) de la madre (como la diabetes no controlada)
9. Tabaquismo.

**Prevención:** La atención prenatal pronta y completa es la mejor prevención para las complicaciones del embarazo, tales como el aborto espontáneo.

## 2.7 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.

**Causas:** Aumento de los tejidos linfáticos por infección viral o bacteriana. Obstrucción por otras circunstancias más complejas tumores o lombrices intestinales.

**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

Los únicos cuidados que se le pueden brindar son los post-operatorios:

- ❖ 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**

Los temas a estudiar son extensos, cada uno de ellos están bien explicados para lograr una mejor comprensión, y todos tienen el mismo objetivo que como enfermeros estemos informados y conscientes de lo que se debe y no se debe hacer, así como que son algunas patologías y como brindar el mejor servicio posible al paciente.

### **BIBLIOGRAFIA**

SISTEMA OSEO

<https://www.youtube.com/watch?v=wD6QXREmRrg>

JUAN JOSE SANCHEZ

ESCALAS DE VALORACIÓN

<https://www.youtube.com/watch?v=0XuuOQPuTuc>

CLAUDIA FABIOLA

RCP BASICO

<https://www.youtube.com/watch?v=obPcuVskfas>