



Nombre del Alumno: Daniel Lara de León

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Practica Clínica de Enfermería II

Nombre del profesor: LE. Felipe Antonio Morales Hernández.

Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: 7

El paciente debe presentar una correcta alineación corporal y permanecer siempre con la cabeza en posición neutra

La **cabecera** de la cama deberá estar a **20-30º**, si se han descartado posibles lesiones en la columna vertebral. En el caso de que éstas existan, deberá estar a **20º**

Cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico

Cuando a un paciente se le prescribe noradrenalina, se debe tener disponible una luz exclusiva de vía central para su administración.

Tipos de cuidados

Hemodinámicos:

- Asegurar la monitorización completa: Cardíaca, pulsioximetría, y capnografía
- Canalización de vías intravenosas
- Mantenimiento de la presión arterial sistólica > 90 mmHg

Neurológicos:

- Valoración:
- Del nivel de conciencia
 - Pupilar
- Administración de medicamentos sedantes o bloqueantes neuromusculares

Respiratorios:

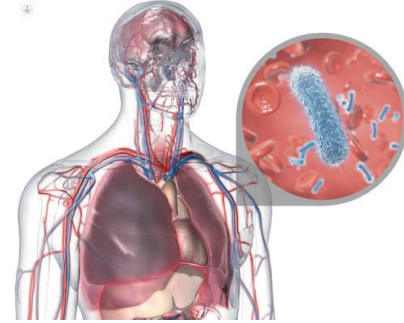
- Ayuda al manejo del mantenimiento de la vía aérea
- Administración de oxígeno por mascarilla
- Proporcionar una oxigenación adecuada

Conocimientos previos

Se requieren conocimientos suficientes sobre las entidades patológicas que con mayor frecuencia se les asocian.

En fases tardías se puede presentar **arreflexia**, así como **pupilas no reactivas y dilatadas**. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe tener en cuenta

Cuidados en enfermería con SHOCK SÉPTICO



El cuidado ofrecido se debe orientar a:

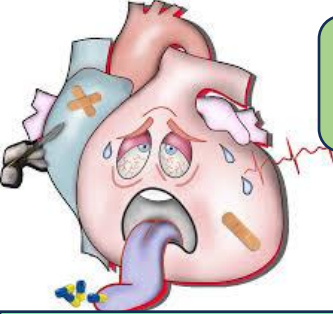
Evaluar la respuesta orgánica a estímulos externos tipo: dolor, reacción pupilar a la luz, apertura espontánea ocular, entre otras.

Valorar el estado de conciencia permanentemente y correlacionar los resultados con los efectos esperados como consecuencia de enfermedad por shock séptico

Revisar los resultados de exámenes especializados como: tomografías cerebrales, resonancias magnéticas, líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma, entre otros,

Valorar las posturas corporales que señalen decorticación o descerebración.





Cuidados de enfermería en pacientes con shock hemorrágico

También llamado Shock Hemorrágico

Pérdida grave de sangre
Corazón incapaz de bombear sangre
Desequilibrio entre la demanda y oferta de oxígeno

CAUSAS

Es desencadenado por una inadecuada perfusión aguda sistémica

Lesiones traumáticas
- Torácicas
- Abdominales
- óseas

- Hemorragia gastrointestinal
- Pancreatitis hemorrágica
- Disección aortica
Deshidratación
- Hiperglucemia

Signos y síntomas

- Pulso débil o rápido
- Palidez
- Sed
- Hipoperfusión de órganos
- . Decaimiento
- Confusión y sudoración

Diagnostico

- Anamnesis
- Examen físico
- Glucemia
- Creatinina
- Rx Tórax
- Gasometría
- Hematocrito

Clasificación

- **POR HEMORRAGIA**
- Internas
- Externas
- **POR DEPLECIÓN DE FLUIDOS**
- Perdidas externas
- Perdidas internas

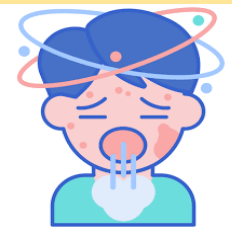
Cuidados de enfermería con shock anafiláctico

Tratamiento inmediato

El tratamiento inmediato es la administración de Adrenalina subcutánea, en solución acuosa al 1/1000

Si el shock se ha producido como consecuencia de una inyección, se colocará primero un torniquete, por encima del lugar de punción, aflojándolo cada 3 minutos

La dosis se puede repetir en tres ocasiones, si es necesario, con un intervalo de 15/20 minutos



PRECAUCIONES

Colocar al paciente en posición de seguridad: o Decúbito supino o Si hay hipotensión, se elevarán las extremidades inferiores o Si vomita, se le colocará con la cabeza de lado
ASEGURARSE DE QUE LA VÍA AÉREA ESTÉ LIBRE

Material de cuidado

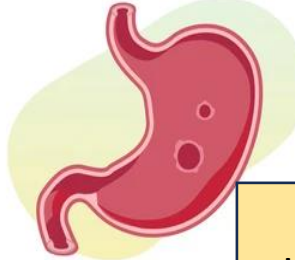
Equipo:
Fonendoscopio, esfigmomanómetro, torniquetes, jeringas, agujas hipodérmicas equipo de administración de oxígeno, material de intubación orotraqueal

Medicamento:
Clorhidrato de Adrenalina al 1/1000, antihistamínicos, β -2 estimulantes, aminofilina-Eufilina para administración IV, esteroides, sueros salinos isotónicos, glucosados y glucosalinos, expansores del plasma, bicarbonato 1 molar y 1/6 molar



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

La hemorragia digestiva alta es el sangrado proximal al ángulo de Treitz; esófago, estómago, duodeno



Etiología

- Úlcera péptica (42%)
- Varices gastroesofágicas (16%)
- Esofagitis (13%)
- Tumores (7%)
- Angioectasias (6%)
- Mallory Weiss (4%)
- Dieulafoy (2%)



Presentación clínica

Hematemesis
"Sangre que se vomita", con o sin contenido alimentario. Puede haber coágulos.

Melena
"Sangre digerida", son heces blandas, negras brillantes, pastosas y malolientes

Vómitos porraceos
O en borra de café. Son restos hemáticos oscuros. Indican sangrado activo

MANEJO

Pre endoscópico y reanimación inicial

- Evaluación primaria y colocar 2 vías o CVC
- CFVC. Hipotensión aumenta mortalidad. TET, proteger vía aérea, evitar aspiración por hematemesis
- Transfusión de sangre: si Hb < 7; en cardiopatas mantener Hb 8-10
- Administrar 18P IV, considerar eritromicina

Endoscópico

- Reanimar en primeras 24 h, si tiene sangrado severo con inestabilidad hemodinámica: EDA urgentes
- Inyección de epinefrina
- Si hay sangrado recurrente realizar arteriografía o cirugía + endoscopia

Post endoscópico

- Úlceras con lesiones de alto riesgo: altas dosis de IBP x 72 h
- Paciente cirrótico, continuar ATB x 7 días
- Hemorragia variceal, tratamiento con vasoactivos x 5 días

BIBLIOGRAFIA

UNIVERSIDAD DEL SURESTE. (2023). PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II. 30/11/2023, de UDS Sitio web: <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/98c3f4f0743b0eef246036d2cc7864a7-LC-LEN701%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20II.pdf>