

**Nombre del alumno:**

Paola González Pérez

**Nombre del profesor:**

L.E. Ludbi Isabel Ortiz Pérez

**Grupo, semestre y modalidad:**

7mo. Cuatrimestre grupo "C" enfermería (semiescolarizada)

**Materia:**

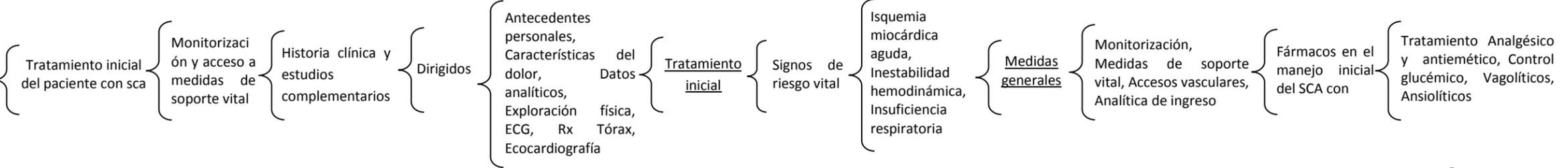
Enfermería en urgencias y desastres

**Nombre del trabajo:**

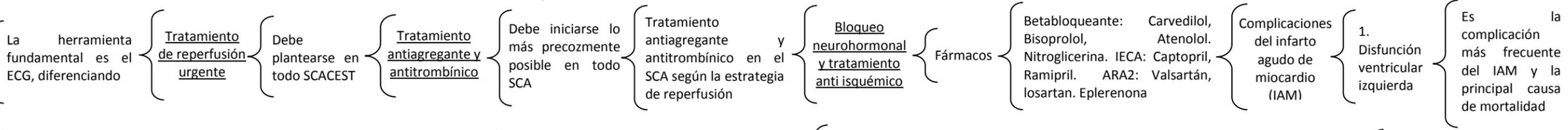
Cuadro sinóptico: Atención de enfermería al paciente con alteraciones de la oxigenación tisular

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACIÓN TISULAR**

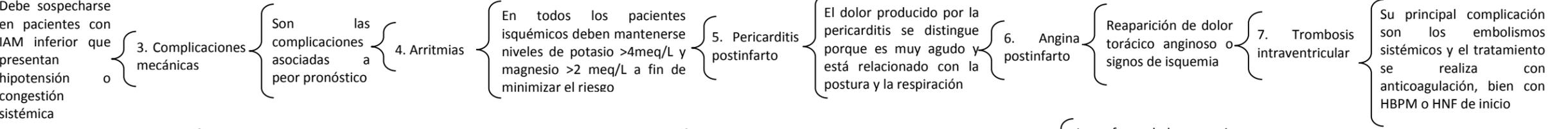
**Atención de enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica**



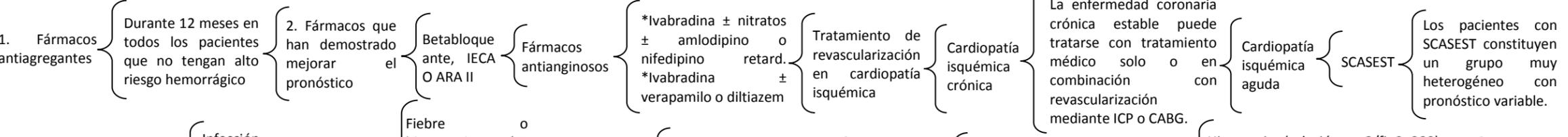
**Estratificación del riesgo**



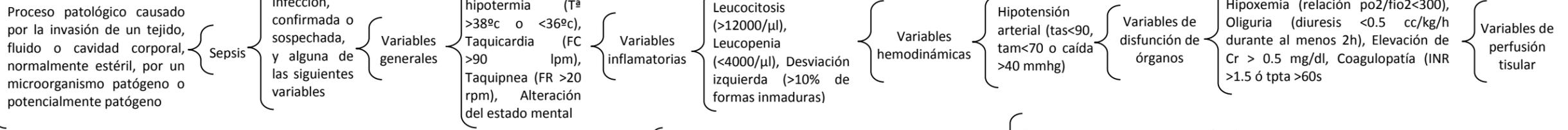
**2. Infarto de ventrículo derecho**



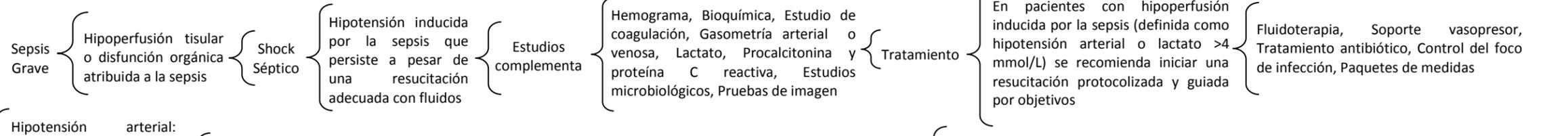
**Tratamiento farmacológico a largo plazo tras un sca**



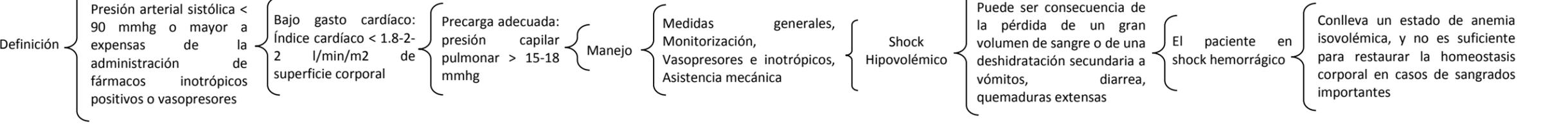
**Atención de enfermería en el shock.**



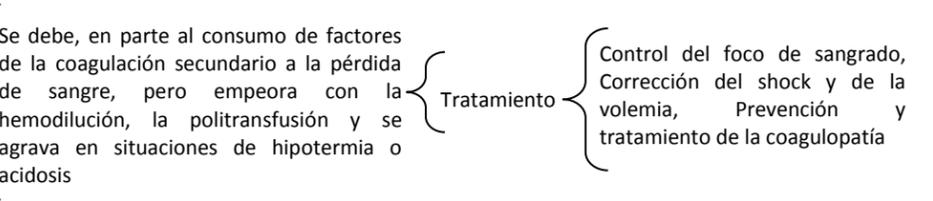
**Hiperlactatemia (lactato >1 mmol/L), Livideces o relleno capilar enlentecido**



**Shock Cardiogénico**



**Otro de los aspectos diferenciales del shock hemorrágico es la coagulopatía**



## Atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas

Las crisis hipertensivas son elevaciones agudas de la presión arterial (TA) que motivan una atención médica urgente

Emergencia hipertensiva

Elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón...). Estas situaciones son muy poco frecuentes, pero entrañan un compromiso vital inmediato

Urgencia hipertensiva

Elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital

Falsas urgencias hipertensivas

Falsas urgencias hipertensivas: elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor y que no conllevan daño en órganos diana

Tratamiento de la urgencia hipertensiva

Se recomienda reposo físico y, según el contexto, la administración de un ansiolítico. Un reposo de 30-60 minutos puede disminuir la TA

A niveles normales en hasta un 45% de los casos. Dosis de 5 a 10 mg de diazepam o cloracepato orales son suficientes

Síntomas y signos asociados con complicaciones de órganos diana en las crisis hipertensivas

Retinianos: Visión borrosa, Diplopía, Exudados y hemorragias, Edema de papila, Constricción de arteriolas retinianas

Renales: Oliguria, hematuria y nicturia, Dolor y sensibilidad en el flanco, Edema periférico, Fatiga y debilidad, Agrandamiento renal

Cardiovasculares: Dolor torácico en la espalda o abdomen, Palpitaciones, Náuseas y vómitos, Disnea, Ortopnea, Estertores y sibilancias, Soplos, arritmias

SNC: Cefalea (a veces grave) y náuseas, Confusión, Cambios visuales, Debilidad focal o parestesias, Debilidad generalizada, Desorientación

Tratamiento de la emergencia hipertensiva

Es necesario un descenso inmediato, pero gradual, de la TA mediante el empleo de fármacos por vía parenteral, con monitorización continua de la TA

El objetivo es disminuir de forma controlada la TA a cifras de  $\leq 110/100$  mmhg en minutos u horas

Entidades especiales en emergencias hipertensivas

Las siguientes situaciones especiales pueden requerir modificaciones en la pauta recomendada:

Encefalopatía hipertensiva

Síndrome subagudo o agudo que cursa con signos de afectación cerebral difusa (cefalea, náuseas, vómitos, inquietud, confusión, crisis, coma...).

Isquemia coronaria

Está indicado el control progresivo de la TA, manteniendo la TA diastólica en 100 mmhg para no reducir el flujo coronario

Diseccción aórtica

Cuadro clínico caracterizado por HTA acompañado de dolor torácico irradiado a espalda sin cambios electrocardiográficos y poca respuesta a solinitrina y morfina.

Preclampsia /Eclampsia

Cuadro de HTA severa durante el embarazo. El labetalol y el urapidil son alternativas válidas para el control de TA.

HTA maligna (HTAM)

Entidad que sigue presentándose en la práctica clínica aunque cada vez existen menos referencias a este término.

Fármacos aconsejados según el tipo de emergencia hipertensiva

ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA: Labetalol, Urapidil, nitroprusiato

ICTUS HEMORRÁGICO: Captopril, Enalapril, Labetalol, Nitroprusiato

ICTUS ISQUÉMICO: Similares hemorrágico

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: Nimodipino

HTA MALIGNA O CRÍTICA: Labetalol, Enalapril, Urapidil, nitroprusiato

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA/EDEMA AGUDO PULMÓN: Nitroprusiato o Nitroglicerina + Furosemida, Enalapril

ECLAMPSIA: Labetalol, Urapidil, Hidralacina

DISECCIÓN AÓRTICA Nitroprusiato+ propanodol, Labetalol

ISQUEMIA MIOCÁRDICA Nitroglicerina betabloqueantes, Labetalol

FEOCROMOCITOMA Y OTROS ESTADOS ADRENÉRGICOS: Fentolamina, Labetalol, Nitroprusiato

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: Labetalol, Nitroprusiato

PERIOPERATORIO: Labetalol, Nitroprusiato, Urapidil

## Atención de enfermería en arritmias letales

Actividad eléctrica del corazón

Normalmente el marcapasos sinusal es el que activa al corazón. Nacido el estímulo en dicha estructura, se forman dipolos de activación que progresivamente van despolarizando las aurículas:

Primero la derecha y después la izquierda (la activación auricular determina la onda P del electrocardiograma).

Arritmias cardíacas

El sistema de conducción cardíaca supone un conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular

Cualquier alteración en la generación o propagación de un impulso eléctrico puede conducir a una arritmia

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en

Trastornos en la conducción de los impulso, Trastornos del automatismo, Combinación de ambos.

Alteraciones en el inicio del impulso

Automatismo

La despolarización diastólica espontanea subyace a la propiedad de automatismo (marcación del paso) que caracteriza a las células en los nodos SA, AV, sistema de His-purkinje, el seno coronario y las venas pulmonares

La despolarización es el resultado de la acción concertada de una serie de corrientes iónicas. El automatismo normal es afectado por una serie de factores relacionados con la cardiopatía

Anomalías en la conducción de impulso

Reentrada

Es el mecanismo de arritmia más común Se define como la circulación de una onda de activación alrededor de un obstáculo no excitable

Anomalías en la conducción de impulso

Reentrada Una característica especial para clasificar las arritmias por reentrada, es la presencia y el tamaño de una brecha excitable

Anomalías en la conducción de impulso

Reentrada A diferencia de la reentrada de brecha excitable, no hay un circuito anatómico constante en la reentrada del círculo directriz y por lo tanto no es posible disolver la taquicardia con marcación o destrucción de una parte del circuito

Arritmias letales

Son trastornos del ritmo cardíaco súbito que comprometen la vida. Son las principales condicionantes de paro cardiorrespiratorio

Estas se dividen en

Taquiarritmias Cuando las alteraciones son lentos causan ritmos rápidos o retrasados. Adelantados.  $>100$  latidos x min  $<60$  latidos x min

ASISTOLIA

Ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio, representa una isquemia miocárdica por periodos prolongados de perfusión coronaria inadecuada

FIBRILACION VENTRICULAR

Es una serie descoordinada y potencialmente mortal de contracciones ventriculares ineficaces muy rápidas, causadas por múltiples impulsos eléctricos caóticos

## Atención de enfermería a pacientes con alteración de la conciencia

Atención de enfermería al paciente inconsciente

Sucede cuando una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades. Los médicos a menudo se refieren a esto como estar en coma o estar en un estado comatoso

La pérdida del conocimiento y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben tratarse como una emergencia

Causas

La pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante.

También puede ser causada por el abuso de sustancias (drogas) y alcohol

Atragantarse con un objeto puede resultar en la pérdida del conocimiento de igual manera.

La pérdida del conocimiento breve (o desmayo) suele ser causada por deshidratación, glucemia baja o presión arterial baja temporal

También puede ser ocasionada por problemas serios en el sistema nervioso o el corazón

Atención de enfermería al paciente convulsivo

La epilepsia es un trastorno del cerebro. Se le diagnostica epilepsia a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones

Existen muchos tipos de convulsiones. Una persona con epilepsia puede tener más de un tipo de convulsiones

Los signos de una convulsión dependen del tipo de convulsión

A veces es difícil saber si una persona está teniendo una convulsión porque quien tiene una convulsión puede parecer confundido o verse como si tuviera la vista fija en algo inexistente

Otras convulsiones pueden hacer que la persona se caiga, tiemble y no se dé cuenta de lo que sucede a su alrededor

Las convulsiones se clasifican en dos grupos

**Las convulsiones generalizadas**

Las convulsiones de ausencia, Las convulsiones tonicoclónicas

**Las convulsiones focales**

Las convulsiones focales, Las convulsiones focales complejas, Las convulsiones generalizadas secundarias

Atención de enfermería con enfermedad cerebrovascular

Alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo de las funciones de una o varias partes del encéfalo, constituyendo la segunda causa de mortalidad en nuestro medio

Y la primera de discapacidad y siendo uno de los principales motivos de atención neurológica urgente

Clasificación

Según la **naturaleza lesional** se dividen en isquémicos (85%) y hemorrágicos (15%).

Ante un ICTUS

Orientación clica, historia clínica, exploración física y neurológica completa, pruebas a realizar en urgencias y decisión de ingreso

SÍNDROMES ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR

Parecía de la pierna y pie contralateral, desviación ocular al lado de la lesión, incontinencia urinaria, afasia motora transcortical (hemisferio dominante)

ARTERIA CEREBRAL MEDÍA

Hemiparesia contralateral, afasia (hemisferio dominante), desviación ocular al lado de la lesión, afectación sensitiva contralateral, hemianopsia homónima contralateral

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

Hemianopsia homónima contralateral, síndrome talámico (anestesia contralateral, hiperpatía, mano talámica)

ARTERIA COROIDEA ANTERIOR

Síndrome motor puro contralateral sin afectación del lenguaje, ni otras funciones motoras superiores, hemihipoestesia y hemianopsia

SÍNDROMES LACUNARES

Motor puro, sensitivo motor, disartria-mano torpe, hemiparesia-ataxia.

**SÍNDROMES TRONCULARES**

Síndrome de cautiverio y el Síndrome de Wallenberg (arteria cerebelosa posteroinferior)

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Cefalea, intensa y brusca, muy sugestiva si aparece tras esfuerzo o Valsalva, precedida de síncope o vómitos.

Prevención

Endarterectomía carotídea, Angioplastia transluminal necrotática Tratamiento médico

Únicamente se recomienda la anticoagulación oral como alternativa en pacientes con intolerancia o contraindicación a los antiplaquetarios, fracaso terapéutico de estos o coexistencia con cardiopatía embólica

Actitud terapéutica en el ictus hemorrágico

Valorar ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, Monitorización de constantes, Profilaxis de la ETV, Reversión de los trastornos de la coagulación, Control de las crisis, Neurocirugía, Movilización temprana y tratamiento rehabilitador en cuanto sea posible

Actitud terapéutica en la HSA

Reposo absoluto, Monitorización cardíaca, Prevención del vasoespasmo, Tratamiento endovascular o quirúrgico

Criterios de inclusión-exclusión fibrinólisis

Inclusión y exclusión

Recomendaciones para el paciente subsidiario de fibrinólisis

Atención médica en 10 minutos, Contacto con el neurólogo o médico experto en Ictus 15 minutos, Realización de TAC craneal 25 minutos, Interpretación de las imágenes 45 minutos, Inicio del tratamiento 60 minutos