

**ALUMNO:**

**Valentin Perez Escalante.**

**PROFESOR:**

**Ludbi Isabel Ortiz perez.**

**MATERIA: enfermería en urgencias y desastres.**

**7mo cuatrimestre enfermería "c" semiescolarizado.**

**Cuadro sinóptico:**

**Atención de enfermería al paciente con alteraciones de la oxigenación tisular.**

**Frontera Comalapa, Chiapas a 3 de diciembre del 2020**

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

**atención de enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica.**

Clínica de isquemia miocárdica de nueva aparición o que ha cambiado de características en el último mes.

**Tratamiento inicial del paciente con sca.**

1. Monitorización y acceso a medidas de soporte vital
2. Historia clínica y estudios complementarios dirigidos:

**Antecedentes personales**

Alergias. FRCV: DM2, HTA, DL, OB. Hiperuricemia. Cardiopatía previa.

**Características del dolor**

Descripción, localización e irradiación Desencadenantes del dolor como es en el ejercicio y estrés.

**Exploración física**

Signos de disfunción ventricular izquierda: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal.

**ECG**

ECG de 12 derivaciones basal y tras nitroglicerina Control a las 6h, 24h.

**RX tórax**

Signos de congestión pulmonar.

**Signos de riesgo vital**

Isquemia miocárdica aguda.  
Inestabilidad hemodinámica.  
Insuficiencia respiratoria.

**Medidas generales.**

Monitorización, medidas de soporte vital y accesos vasculares.

**Fármacos en el manejo inicial del SCA.**

analgésico se usa cloruro mórfico.  
antiemético se usa metoclopramida.  
Glucémico se usa insulina rápida.

**Estratificación del riesgo:** La herramienta fundamental es el ECG, diferenciando: SCACEST.

**Tratamiento de repercusión urgente:**

Debe plantearse en todo SCACEST.

**Tratamiento antiagregante y antitrombínico:** Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA:

Tratamiento antiagregante y antitrombínico en el SCA según la estrategia de reperfusión

la anticoagulación mediante una de las opciones propuestas (ordenadas según nivel de recomendación).

**Complicaciones del infarto agudo de miocardio.**

**Disfunción ventricular izquierda:** Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad.

Grados de disfunción ventricular izquierda. Tratamiento según clasificación Killip-Kimball y Forrester.

Forrester grado I, II, III, IV.

**Infarto de ventrículo derecho.**

Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. El diagnóstico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía.

**Complicaciones mecánicas:**

Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico, unas de las complicaciones serían rotura de la pared libre entre otras.

**Objetivos de la complicación.**

Presión arterial 130-135/80-85 mmhg, Colesterol LDL < 100 mg/dl (< 70 en diabéticos), Triglicéridos < 150 mg/dl, Glucosa basal < 110 mg/dl y hba1c 6-7%, IMC < 25 kg/m

**atención de enfermería en el shock.**

Proceso patológico causado por la invasión de un tejido, fluido o cavidad corporal, normalmente estéril, por un microorganismo patógeno o potencialmente patógeno.

**SEPSIS**

Infección, confirmada o sospechada, y alguna de las siguientes variables:

**Generales:** Fiebre o hipotermia ( $T^a >38^{\circ}c$  ó  $90$  lpm), Taquipnea ( $FR >20$  rpm), Alteración del estado mental, Edema significativo o balance hídrico positivo  $>20$  ml/Kg en 24h, Hiperglucemia ( $>140$  mg/dl) en paciente.

**Inflamatorias:**

Leucocitosis ( $>12000/\mu l$ ), Leucopenia (10% de formas inmaduras), Elevación de PCR y de PCT.

**hemodinámicas:**

Hipotensión arterial ( $tas < 40$  mmhg).

**perfusión tisular:**

Hiperlactatemia (lactato  $>1$  mmol/L).

**Sepsis grave:** Hipoperfusión tisular o disfunción orgánica atribuida a la sepsis, Hipotensión inducida por la sepsis.

**Shock Séptico**

Hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos.

**Estudios complementarios.**

En todos aquellos pacientes en los que se sospeche una infección deben completarse los siguientes estudios:

Hemograma, Bioquímica, Estudio de coagulación, Gasometría arterial (si insuficiencia respiratoria).

**Tratamiento:**

En pacientes con hipoperfusión inducida por la sepsis (definida como hipotensión arterial o lactato  $>4$  mmol/L) se recomienda iniciar una resucitación protocolizada y guiada por objetivos.

**Fluidoterapias**

En pacientes con hipotensión marcada o en aquellos en los que se considere necesaria una resucitación más rápida o agresiva, se pueden emplear coloides. En caso de emplear coloides, debemos evitar la administración de almidones.

**soporte vasopresor**

En caso de no respuesta a fluidoterapia, se recomienda iniciar vasopresores. Se recomienda la noradrenalina, dosis ajustada para  $tam$  65-70 mmhg, como vasopresor de elección.

**Tratamiento antibiótico**

La terapia antibiótica inicial debe establecerse en base a la sospecha clínica, utilizando la pauta más eficaz y a dosis plena para los microorganismos que se quieran tratar, considerando la dosis y vía de administración en función de la localización de la infección.

**atención de enfermería en el shock.**

**ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION TISULAR.**

**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. Se definen como una elevación de la TA diastólica (TAD) superior a 120 ó 130 mmhg y/o de la TA sistólica (TAS) por encima de 210 mmhg.

**clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo:**

- Emergencia hipertensiva:** elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón).
- Urgencia hipertensiva:** elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital.
- Falsas urgencias hipertensivas:** elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor y que no conllevan daño en órganos.

**Emergencias hipertensivas**

- Hipertensión arterial acelerada maligna con papiledema.
- Cerebrovascular
- Encefalopatía hipertensiva

**También podemos encontrar las cardíacas y las renales.**

**Valoración inicial del paciente con crisis hipertensivas** Para realizar una adecuada clasificación y manejo de las crisis hipertensivas es necesario realizar una correcta evaluación diagnóstica inicial. Para ello deberemos realizar una historia clínica completa.

**Tratamiento de la urgencia hipertensiva**

- En esta situación el descenso de la TA se efectuará en el curso de varias horas o días.
- El objetivo terapéutico inicial no es la normalización de la TA, sino alcanzar unas cifras de TA  $\leq 160/100$  mmhg en el curso de varias horas o días.

**recomendaciones**

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.

**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 TAD a cifras de  $\leq 110/100$  mmhg en minutos u horas, salvo en situaciones de daño orgánica cardiovascular (edema agudo de pulmón, disección aórtica, síndrome coronario agudo) en las cuales el descenso de TA debe ser más rápido.

Existen varios fármacos de administración parenteral que pueden ser útiles para su manejo. La administración de un inhibidor adrenérgico (labetalol o urapidilo) o un vasodilatador (nitroglicerina, nicardipina o nitroprusiato sódico) son alternativas de tratamiento. Para la administración de nitroprusiato se requiere la medición continua de la presión arterial mediante un catéter intraarterial.

**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).

**Actividad eléctrica del corazón**

Al llegar el estímulo a la unión auriculoventricular (AV), la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud (segmento PR). La activación ventricular se traduce en el electrocardiograma (ECG) mediante el complejo QRS, finalmente se inscribe la onda T que nos traduce la repolarización ventricular.

**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 impulsos, Trastornos del automatismo, Combinación de ambos, Alteraciones en el inicio del impulso y Automatismo.

**Atención de enfermería a pacientes con alteración de la conciencia.**

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. Hay otros cambios que pueden ocurrir en el nivel de conciencia de la persona sin quedar inconsciente.

**Atención de enfermería al paciente inconsciente.**

Estos incluyen confusión, desorientación o estupor repentinos. 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.
- Otras causas de los desmayos abarcan hacer un esfuerzo intenso durante la defecación (síncope vasovagal), toser muy fuerte o respirar muy rápido (hiperventilación).

**ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION TISULAR.**

**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 afectan a ambos lados del cerebro.  
Las convulsiones de ausencia, a veces llamadas epilepsia menor o pequeño mal, pueden causar un parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos.  
Las convulsiones tonicoclónicas, también llamadas epilepsia mayor o gran mal, pueden hacer que la persona: Grite. o Pierda el conocimiento. o Se caiga al piso. o Tenga rigidez o espasmos musculares.  
**La persona puede sentirse cansada luego de tener una convulsión tonicoclónica**  
Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro. Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales.  
Las convulsiones focales simples afectan una pequeña parte del cerebro. Estas convulsiones pueden causar sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño.  
Las convulsiones focales complejas pueden hacer que la persona con epilepsia se sienta confundida o aturdida.

**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 (la primera en mujeres) 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%).  
Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT accidentes isquémicos transitorios con resolución total de la clínica en <24 horas y sin evidencias de lesión en las pruebas de neuroimagen e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral. Por su etiología, en aterotrombotico, cardioembolico, lacunar, de causa inusual y de causa desconocida.  
Eictus emorragico se divide en hemorragia intracerebral parenquimatosa o ventricular y hemorragia subaracnoidea.

**ANTE UN ICTUS**

- Síndromes arteria cerebral anterior.** { Paresia de la pierna y pie contralateral, desviación ocular al lado de la lesión, incontinencia urinaria, afasia motora
- Arteria cerebral media.** { transcortical (hemisferio dominante) ARTERIA CEREBRAL MEDIA 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 coroida anterior** { Síndrome motor puro contralateral sin afectación del lenguaje, ni otras funciones motoras superiores, hemihipoestesia y hemianopsia

**prevención**

Endarterectomía carotídea: En menores de 80 años con estenosis carotídea ipsilateral del 70%-99% con AIT, amaurosis fugaz o infarto cerebral con secuelas menores en los 6 meses anteriores (si estenosis importante y un AIT o infarto cerebral leve y clínicamente reversible se aconseja realizar la endarterectomía preferiblemente en las 2 semanas posteriores al episodio isquémico).  
Puede indicarse en pacientes con estenosis del 50%-69%, varones con factores de riesgo y con síntomas hemisféricos recientes.