



Nombre de alumnos: FLOR DE MARIA HERNANDEZ PEREZ

Nombre del profesor: MAHORRY DE JESUS RUIZ

Nombre del trabajo: ENSAYO

Materia: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7mo

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas del 15 de octubre de 2021.

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

En este ensayo hablare sobre los temas de: atención de enfermería al paciente con cardiopatía isquémica. Atención de enfermería ante el shock. Atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas. Atención de enfermería con arritmias letales. Atención de enfermería al paciente con alteraciones del estado de conciencia. Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas. Atención de enfermería al paciente con hemorragia digestiva. Todos estos temas se mencionarán ya que son enfermedades que se debe conocer a fondo ya que es muy importante.

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

Bloqueo neurohormonal y tratamiento anti isquémico: se necesita: Fármaco, Dosis inicial, Objetivo de tratamiento y Precauciones.

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.

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

Tratamiento no farmacológico a largo plazo tras un sca Reducir el consumo de carne roja, dulces y snacks, azúcares añadidos como el que contienen las bebidas, zumos y galletas. Aumentar el consumo de frutas, hortalizas y lácteos con bajo contenido de grasa

Tratamiento de revascularización en cardiopatía isquémica: Cardiopatía isquémica crónica La enfermedad coronaria crónica estable puede tratarse con tratamiento médico solo o en combinación con revascularización mediante ICP o CABG.

SCASEST Los pacientes con SCASEST constituyen un grupo muy heterogéneo con pronóstico variable. Por este motivo, es fundamental una estratificación precoz del riesgo

para optar por una estrategia de tratamiento médico o intervencionista (coronariografía y revascularización si procede).

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:

Variables generales: Fiebre o hipotermia y taquicardia etc. Variables inflamatorias:

Leucocitosis ($>12000/\mu\text{l}$). Leucopenia etc. Variables hemodinámicas: Hipotensión arterial (tas <90 , tamz70 o caída >40 mmhg). Variables de disfunción de órganos: Hipoxemia (relación $\text{po}_2/\text{fio}_2 < 300$) oliguria (diuresis < 0.5 cc/kg/h durante al menos 2h). Variables de perfusión tisular: Hiperlactatemia (lactato > 1 mmol/L). Livideces o relleno capilar enlentecido.

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.

SHOCK HIPOVOLÉMICO: El shock hipovolémico puede ser consecuencia de la pérdida de un gran volumen de sangre o de una deshidratación secundaria a vómitos, diarrea, quemaduras extensas. El shock hemorrágico presenta unas peculiaridades que lo hace diferente, y en él nos centraremos en este capítulo. Las hemorragias se clasifican, en función de su gravedad. tratamiento del shock hemorrágico gira alrededor de tres aspectos fundamentales: A) Control del foco de sangrado. El control del sangrado es fundamental y prioritario etc.

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 o 130 mmhg y/o de la TA sistólica (TAS) por encima de 210 mmhg (algunos consensos actuales hablan de TAD superior a 120 y/o de TAS por encima de 180 mmhg, aunque esto no es necesario en la práctica clínica).

Podemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo que son:

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 diana.

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. En la anamnesis debemos preguntar por la presencia de historia previa de hipertensión arterial (HTA): tiempo de evolución, severidad, uso de tratamiento hipotensor, adherencia terapéutica, episodios previos de crisis hipertensivas y estudios previos realizados para descartar HTA secundaria.

Principios generales del tratamiento de las crisis y emergencias hipertensivas: La gravedad clínica no debe valorarse exclusivamente por las cifras de TA sino por la afectación de los órganos diana. Tener claro que es tan importante tratar la HTA rápidamente en una emergencia hipertensiva (tratamiento parenteral inmediato) como no tratarla de manera agresiva en el resto de los casos.

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, es fundamental evitar descensos bruscos o hipotensión por el riesgo de isquemia aguda. 126 Se recomienda reposo físico y, según el contexto, la administración de un ansiolítico.

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 impulsos. Trastornos del automatismo. Combinación de ambos.

Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo, La despolarización diastólica espontánea 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.

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. Los requerimientos para la reentrada son dos vías para la propagación del impulso: Región no excitable bloqueo unidireccional Región excitable onda frontal de propagación 133 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.

ASISTOLIA: La asistolia se define como la ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio, representa una isquemia miocárdica por periodos prolongados de perfusión coronaria inadecuada.

Tratamiento Nunca debe desfibrilarse una asistolia, pues la poca posibilidad de recuperación que tiene el miocardio, se ve limitada por el aturdimiento que le produce el choque eléctrico.

FIBRILACION VENTRICULAR Es una serie descoordinada y potencialmente mortal de contracciones ventriculares ineficaces muy rápidas, causadas por múltiples impulsos eléctricos caóticos. Es la causa más frecuente de fallo cardiaco secundario a isquemia o IAM La más frecuente en la muerte súbita

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA.

Suced 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. Estos son llamados estados alterados de la mente o estado mental cambiado.

Estos incluyen confusión, desorientación o estupor repentinos.

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 A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICAS.

Representan dos desequilibrios metabólicos diferentes que se manifiestan por déficit de insulina e hiperglucemia intensa. La DHH aparece cuando una carencia de insulina provoca hiperglucemia intensa, que da lugar a deshidratación y a un estado hiperosmolar. En la CAD el déficit de insulina es más intenso y produce un aumento de cuerpos cetónicos y acidosis. La CAD y la DHH no son excluyentes y pueden aparecer simultáneamente.

ETOACIDOSIS DIABÉTICA La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH) produce: A) hiperglucemia (glucosa >250).

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABÉTICOS Es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la Diabetes, caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales: arbitrariamente la podemos definir como las cifras de glucemia por debajo de 70 mg/dl. Ocurre como consecuencia de un desbalance entre factores que elevan y bajan la glucemia (Aumentan la glucemia: Ingesta y hormonas contra reguladoras; disminuyen la glucemia: disminución de la ingesta, actividad física, exceso de insulina e hipoglucemiantes orales)

CLASIFICACIÓN DE LA HIPOGLUCEMIA EN LA DIABETES 1. Hipoglucemia grave: la que requiere ayuda de otra persona para la administración de hidratos de carbono, glucagón u otras acciones de reanimación. 2. Hipoglucemia sintomática documentada: síntomas clásicos de hipoglucemia + glucemia plasmática etc.

El tratamiento de la hipoglucemia puede ser: individuo consciente e individuo inconsciente o incapaz de ingerir glucosa vía oral.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

hemorragia digestiva como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Según el origen del sangrado la clasificamos en: Hemorragia digestiva alta (HDA): sangrado por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente). Aunque ocasionalmente cuando es masiva (>1 litro), puede manifestarse como rectorragia. En los casos de hemorragia masiva la primera manifestación clínica puede ser la aparición de un shock hipovolémico, síncope e incluso ángor.

Hemorragia digestiva baja (HDB): Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: La HDA se clasifica fundamentalmente en varicosa.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA: Valoración pronóstica Se recomienda el empleo de escalas pronósticas tanto antes como después de la endoscopia. Su empleo permite identificar los pacientes que se beneficiarían de una endoscopia urgente, predecir el riesgo de efectos adversos y determinar el tratamiento a seguir.

Tratamiento endoscópico: El diagnóstico de HDA se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%.

Tras el tratamiento intravenoso se debe administrar un IBP a dosis estándar por vía oral durante, como mínimo, el tiempo necesario para la cicatrización de la úlcera (4 semanas para la úlcera duodenal y 8 para la gástrica). el resto de las situaciones se recomienda realizar tratamiento erradicado si el test de ureasa es positivo. En el caso de que éste resultará negativo, se deberá realizar un test de aliento tras completar tratamiento antisecretores.

En conclusión, que los subtemas que se plateo en este ensayo es muy importante ya que habla de la atención de enfermería al paciente con cardiopatía isquemia o enfermedad coronaria se produce cuando las arterias que suministran sangre al musculo del corazón se obstruyen, de manera parcial o completa, por lo que no le llega el flujo sanguíneo etc. También la atención de enfermería ante shock es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo en flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y

nutrientes para funcionar apropiadamente. Durante la crisis hipertensiva de urgencia, la presión arterial esta extremadamente elevada, pero el medico tiene la sospecha que tangas daño e otros órganos, durante una crisis hipertensiva de emergencia, la presión arterial esta extremadamente elevada y ha provocado daño en otros órganos. En la atención de diabético es una complicación de la diabetes que provoca perdida del conocimiento y potencialmente fatal ya que es muy alto el nivel de azúcar en la sangre. El personal de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva se debe concentrar en la estabilización hemodinámica y reposición de la volemia. La monitorización de signos vitales y volemia se debe realizar de manera continua hasta que el paciente se estabilice en su hemodinámica. Más que nada aquí se habló de la atención de enfermería que se le da cada tipo de enfermedades ya que es muy importante conocer a fondo cada tema, que se necesita hacer como se debe actuar dependiendo de la enfermedad que padece en paciente y brindar una atención de calidad, de esto se trató el ensayo.