

**Nombre de alumnos: Ventura Morales Danna  
Paola**

**Nombre del profesor: Mahonrry de Jesús Ruiz**

**Nombre del trabajo: Ensayo.**

**Materia: Enfermería en urgencias y desastres**

**Grado: 7to cuatrimestre.**

PASIÓN POR EDUCAR

**Grupo: A.**

### **UNIDAD III.**

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

##### **OBJETIVOS:**

- 1.- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- 2.- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- 3.- prestar los cuidados de forma integral al paciente y su familia
- 4- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

La función del sistema cardiovascular es proporcionar continuamente nutrientes y oxígeno a los tejidos para el mantenimiento de la función celular normal.

El mantenimiento de la función normal de los órganos y de los tejidos exige un balance adecuado entre la demanda de oxígeno y la cantidad de oxígeno que se oferta. Este balance se consigue gracias a la regulación del sistema circulatorio, tanto a nivel central como local.

## 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
3. Tratamiento inicial: Monitorización- Medidas de soporte vital- Accesos vasculares
4. Estratificación del riesgo: La herramienta fundamental es el ECG, diferenciando: SCACEST (SCA con elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición) y SCASEST (sin elevación del segmento ST: angina inestable e IAMSEST).
5. Tratamiento de reperfusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST
6. Tratamiento antiagregante y antitrombótico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA

### Complicaciones del infarto agudo de miocardio (iam)

1. Disfunción ventricular izquierda: Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad
2. Infarto de ventrículo derecho: Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. En su manejo es fundamental mantener una adecuada precarga (utilizar con precaución opiáceos, nitratos, diuréticos e IECA/ARA II).
3. Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico
4. Arritmias: En todos los pacientes isquémicos deben mantenerse niveles de potasio  $>4$  meq/L y magnesio  $>2$  meq/L a fin de minimizar el riesgo de arritmias.
5. Pericarditis pos infarto: El dolor producido por la pericarditis se distingue porque es muy agudo y está relacionado con la postura y la respiración. Puede tratarse con dosis alta de aspirina (1.000 mg/24 h).
6. Angina postinfarto: Reaparición de dolor torácico anginoso o signos de isquemia (en la fase temprana postinfarto (entre las primeras 24 horas y el primer mes) Debe considerarse la posibilidad de repetir arteriografía.
7. Trombosis interventricular: (10-40% de los IAM de localización anterior). Su principal complicación son los embolismos sistémicos y el tratamiento se realiza con anticoagulación, bien con HBPM o HNF de inicio, manteniendo posteriormente anticoagulación oral (objetivo INR 2-3) durante 3 a 6 meses

## 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.

### Variables generales:

- Fiebre o hipotermia ( $T^a >38^{\circ}\text{C}$  o  $90 \text{ lpm}$ )
- Taquipnea ( $\text{FR} >20 \text{ rpm}$ )
- Alteración del estado mental
- Edema significativo o balance hídrico positivo  $>20 \text{ ml/Kg}$  en 24h
- Hiperglucemia ( $>140 \text{ mg/dl}$ ) en paciente no diabético

### Variables inflamatorias:

- Leucocitosis ( $>12000/\mu\text{l}$ )
- Leucopenia (10% de formas inmaduras)
- Elevación de PCR y de

### Variables hemodinámicas:

- Hipotensión arterial ( $\text{tas} < 40 \text{ mmHg}$ )

### Sepsis Grave

- Hipoperfusión tisular o disfunción orgánica atribuida a la sepsis
- Hipotensión inducida por la sepsis
- Elevación de lactato (por encima de la cifra normal de laboratorio)
- Diuresis  $2.0 \text{ mg/dl}$
- Lesión pulmonar aguda con  $\text{po}_2/\text{fio}_2 < 22 \text{ mg/dl}$
- Plaquetas  $< 1.5$ )

### Shock Séptico

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

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

### Soporte vasopresor

En caso de no respuesta a fluido terapia, se recomienda iniciar vasopresores. Se recomienda la noradrenalina, dosis ajustada para  $\text{tam} 65-70 \text{ mmHg}$ , como vasopresor de elección.

### Shock Cardiogénico

1. Hipotensión arterial: Presión arterial sistólica  $< 90 \text{ mmHg}$  o mayor a expensas de la administración de fármacos inotrópicos positivos o vasopresores.
2. Bajo gasto cardíaco: Índice cardíaco  $< 1.8-2.2 \text{ l/min/m}^2$  de superficie corporal.
3. Precarga adecuada: presión capilar pulmonar  $> 15-18 \text{ mmHg}$
4. Hipoperfusión tisular En cada uno de ellas están presentes varias curvas sobre las que está indicado un porcentaje, que representa los percentiles.

Oxigenoterapia para mantener una saturación de O<sub>2</sub> (sao<sub>2</sub>) de al menos 90%.

- Valorar la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica para corregir la hipoxemia y disminuir el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno.
- Optimizar la precarga, administración de fluidos en aquellos pacientes que se encuentren hipovolémicos. En pacientes con infarto de VD se debe mantener una precarga de entre 10 y 15 mmhg. En caso de sobrecarga de volumen, situación más frecuente que la hipovolemia, se deben emplear diuréticos, con precaución para no generar hipovolemia).
- Control de la frecuencia y el ritmo cardíaco, incluyendo cardioversión eléctrica o colocación de marcapasos si es necesario

Los percentiles corresponden al porcentaje de los niños de la misma edad cuyo valor está situado por debajo de la curva.

### 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 tratamiento del shock hemorrágico gira alrededor de tres aspectos fundamentales:

- A) Control del foco de sangrado.
- B) Corrección del shock y de la volemia.
- C) Prevención y tratamiento de 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. 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

### Emergencias hipertensivas:

Elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón...). Es necesario un descenso de la presión arterial con medicación parenteral y en el plazo máximo de una hora.

- Hipertensión arterial acelerada- maligna con papiledema
- Cerebrovascular
- Exceso de catecolaminas circulantes
- Cardíacas
- Renales
- Eclampsia
- Quirúrgicas
- Quemados severos
- Epistaxis severa

### Urgencias hipertensivas:

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

- Retinianos
- Cardiovasculares
- Renales
- SNC

### 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.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ARRITMIAS LETALES.

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en:

1. Trastornos en la conducción de los impulsos.
2. Trastornos del automatismo.
3. Combinación de ambos. Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo

### Arritmias letales.

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

Duración: 4 min comienza daño cerebral 10 min daño cerebral irreversible.

Estas se dividen en: Taquiarritmias Bradiarritmias Cuando las alteraciones Cuando los ritmos son lentos causan ritmos rápidos o retrasados. Adelantados >100 latidos x min <60 latidos x min.

### Clasificación

#### Asistolia

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

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.

#### Fibrilación ventricular

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

#### Taquicardia ventricular

Trastorno del ritmo cardíaco (arritmia) causado por señales eléctricas anormales en las cámaras inferiores del corazón (ventrículos).

#### Bloqueo auriculoventricular

Es una interrupción parcial o completa de la transmisión de los impulsos procedentes de las aurículas a los ventrículos

#### Taquicardia supra ventricular paroxística

Episodios de frecuencia cardíaca rápida que comienzan en una parte del corazón por encima de los ventrículos. "Paroxística" significa de vez en cuando.

## UNIDAD IV.

### 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.

#### CETOACIDOSIS DIABÉTICA

La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contra reguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH) producen:

- a) hiperglucemia (glucosa >250),
- b) lipólisis y oxidación de ácidos grasos que producen cuerpos cetónicos (acetona, betahidroxibutirato, y acetoacetato) y
- c) acidosis metabólica (ph < 7,3) con anión GAP (Na- (Cl+HCO<sub>3</sub>) elevado (>15).

#### DESCOMPENSACIÓN HIPERGLUCÉMICA HIPEROSMOLAR

Instauración más insidiosa (días o semanas) con debilidad, poliuria, polidipsia y alteración del nivel de conciencia y disminución de ingesta de líquidos. Se debe sospechar siempre en ancianos con deterioro del nivel de conciencia, focalidad neurológica aguda, deshidratación y shock.

#### Evaluación inicial del paciente con sospecha de CAD Y DHH

- Antecedentes de diabetes, medicamentos y síntomas
- Antecedentes de medicaciones relacionadas con la diabetes
- Utilización de medicamentos ∞ Antecedentes sociales y médicos (incluido el consumo de alcohol, cocaína y éxtasis)
- Vómitos y capacidad de ingerir líquidos vía oral ∞ Identificar el factor precipitante de la hiperglucemia (embarazo, infección, omisión de insulina, IAM, ACV)
- Evaluar situación hemodinámica
- Exploración física descartando la presencia de una infección
- Evaluar la volemia y el grado de deshidratación
- Evaluar la presencia de cetonemia y trastornos acidobásicos

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.

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).

La HDA se clasifica fundamentalmente en varicosa (la relacionada con la hipertensión portal) y no varicosa (no relacionada con la hipertensión portal).

### 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).

## Anamnesis y exploración física

Sonda nasogástrica (SNG): Puede ser necesaria su colocación si existe duda del origen del sangrado, permitiendo confirmar que nos encontramos ante una HDA si se objetivan restos hemáticos. Sin embargo, un aspirado normal no excluye el diagnóstico de HDA, puesto que la sangre puede haber sido aclarada del estómago en el momento del sondaje o bien exista una lesión sangrante duodenal que vierta su contenido distalmente si no hay reflujo pilórico. En todo caso, su uso no ha mostrado utilidad en la monitorización de la recidiva ni en la limpieza del estómago previa endoscopia, por lo debe retirarse tras valorar el aspirado gástrico.

La probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo descritos por Forrest, tamaño de la úlcera (mayor de 2 cm) y su localización (cara posterior de bulbo o porción alta de la curvatura menor gástrica).

## Clasificación de Forrest. Estigmas endoscópicos de sangrado reciente

	Estigmas endoscópicos de riesgo	Riesgo de recidiva %
Ia-Ib	Sangrado "a chorro" o "babeante"	67-95%
IIa	Vaso visible no sangrante	22-55%
IIb	Coágulo rojizo	15-30%
IIc	Manchas o coágulos negros planos	4-7%
III	Fondo de fibrina (ausencia de estigmas)	0

## CONCLUSIÓN

Estas alteraciones metabólicas son el resultado de una combinación entre la predisposición genética y un estilo de vida sedentaria  
Hacer varios cambios pequeños para mejorar tu bienestar físico, emocional y mental será de gran importancia para evitar complicaciones a futuro.

## BIBLOGRAFIA

- <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/objetivo.html>
- <https://www.heel.es/es/alteraciones-metabolicas.html>