



NOMBRE DEL ALUMNO:

Estrella Libertad Coronel Hernández

NOMBRE DEL PROFESOR:

Mahonrry de Jesús Ruiz

MATERIA:

Enfermería en urgencias y desastres

GRADO:

7° cuatrimestre

GRUPO:

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de octubre de 2021

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACIÓN TISULAR Y METABOLICAS

La oxigenación tisular se puede definir como un aporte de oxígeno adecuado a la demanda que se presente. El monitoreo de la tensión tisular de oxígeno puede proveer un indicador adecuado del aporte local de oxígeno. Es considerado un parámetro útil para medir el intercambio gaseoso en entidades como el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y el daño pulmonar agudo (DPA), para corregir los parámetros de inducción de oxígeno como tratamiento por medio de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y también para modificar paulatinamente la conducta del apoyo ventilatorio.

La primera dificultad a ver es la cardiopatía isquémica, conocida clásicamente como el infarto. Enfermería brinda atención comenzando por una monitorización y acceso a medidas de soporte vital seguido de la Historia clínica y estudios complementarios, así como planeando un tratamiento inicial, Estratificación del riesgo, Tratamiento de reperfusión urgente, Tratamiento antiagregante y antitrombótico y por último el bloqueo neurohormonal y tratamiento anti isquémico. La SCA ocurre por causas como la aterosclerosis (formación de placas dentro de la luz de alguna arteria coronaria) esto provoca que se tape por completo la arteria y hace que al final el corazón se quede por completo sin suministros de oxígeno haciendo que el paciente entre riesgo de infarto, esto pasa por factores de riesgo como, edad, sexo masculino, hiperlipidemia, tabaquismo entre otros. El cuadro clínico se manifiesta por un dolor que puede parecer durante el reposo, una opresión retro esternal que se irradia a brazo izquierdo y/o mandíbula al igual acompañado de síntomas como náuseas, vómitos y sudoración intensa puede que se asocie a una pérdida de conciencia, cabe destacar que los episodios son más duraderos a proa más de 10 min. El tratamiento médico comienza por la Morfina se administrará de 4-8 mg/IV de cada 5-15 min, se utilizará oxígeno en una dosis de 2-4 L/min, el tratamiento a largo plazo consta de que el paciente tenga cambios importantes en el estilo de vida como dejar el tabaco, mejorar la alimentación, realizar actividad física moderada, también tiene

que llevar un mejor control en cualquier padecimiento que tenga ejemplos como la diabetes o la hipertensión. Algunas complicaciones son las arritmias que pueden ser a corto plazo y de hecho son una complicación aguda que puede llevar a la muerte al paciente, también la rotura de pared libre, es cuando con cada latido la sangre escapa de la cavidad pericárdica creando un taponamiento cardiaco que puede ser letal para el paciente.

Continuamos con infarto agudo de miocardio, definido en pocas palabras como ataque cardiaco, que es la muerte del musculo del corazón (miocardio) provocada por una isquemia grave prolongada. Sus principales complicaciones son las que se describirán a continuación: Disfunción ventricular izquierda: es cuando se muestra una disminución en la funcionalidad, esto puede ayudar a que surjan insuficiencias cardiacas congestivas o infartos de miocardio. Disfunción ventricular derecha: se considera como el resultado de cualquier trastorno cardiovascular estructural o funcional que afecte la capacidad del ventrículo derecho para llenar o expulsar sangre. Así como complicaciones mecánicas; rotura de pared: se puede clasificar en parcial y total, parcial como pseudoaneurisma que es la rotura cardiaca contenida por el pericárdico parietal y trombos, la total es el taponamiento, DEM. Otras complicaciones son las arritmias estas se pueden tratar con betabloqueantes, marcapasos provisional, amiodarona entre otras dependerá siempre del tipo de arritmia que presente el paciente. Trombosis intraventricular: es una complicación que aparece en pacientes con disfunción ventricular frecuentemente tras un infarto.

El shock es un estado de hipoperfusión tisular que es incapaz de satisfacer las demandas del organismo. Este se divide en shock hipovolémico el cual se da por perdida del volumen (plasma, glóbulos rojos, liquido corporal) esto se da en ocasiones como la hemorragia interna o externa, en casos de deshidratación ejemplos; vómitos, diarrea, sudoración excesiva y la falta de ingesta. Ahora el shock obstructivo que se da por una falla en el volumen entregado por la vena hacia el corazón y la resistencia con la que el corazón debe bombear la sangre, el neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco, TEP, hernia diafragmática y la ventilación mecánica originadas por el ingreso de aire que ocupa espacio y no

permite el correcto retorno venoso mediante las cavas hacia la aurícula derecha. En el shock cardiogénico ocurre una falla cardíaca en el miocardio, insuficiencia valvular, presentando trastornos del ritmo cardíaco. En el shock distributivo tenemos al neurogénico (pérdida del tono simpático) ocasionado por sobredosis de drogas o envenenamiento, anafiláctico este se da por una sobre respuesta a un alérgeno y séptico es una sobre respuesta por nuestro sistema inmune. Estos tres cursan con una vasodilatación y un aumento de la permeabilidad vascular.

Procedemos con la crisis hipertensiva esta es un aumento grave de la presión arterial que puede provocar un accidente cerebrovascular. La presión arterial extremadamente alta —una presión máxima (presión sistólica) de 180 milímetros de mercurio (mm Hg) o más o una presión mínima (presión diastólica) de 120 mm Hg o más— puede dañar los vasos sanguíneos. Los vasos sanguíneos se inflaman y podrían generar pérdidas de líquido o sangre. Como resultado, el corazón no podría bombear la sangre de forma eficaz. Se clasifica en emergencia y urgencia hipertensiva. La emergencia hipertensiva se describe como una elevación grave de la presión arterial junto con la evidencia de aparición o empeoramiento de lesión en órganos diana (cerebro, riñones, grandes vasos, arteria aorta, corazón y retina). Estas emergencias necesitan reducción inmediata de la PA para prevenir o limitar los daños no necesariamente debe ser hasta cifras normales. Algunos ejemplos de EH son: angina de pecho, infarto agudo de miocardio, insuficiencia ventricular izq. aguda con edema pulmonar, eclampsia, fallo renal agudo ictus isquémico entre otros. Los síntomas dependerán del órgano afectado puede presentarse cefalea, alteraciones visuales, dolor torácico, disnea y vértigo entre muchos más. Algunas situaciones especiales se dan en la hipertensión maligna caracterizada por la elevación grave de PA asociada a retinopatía bilateral generando hemorragias, exudados algodonosos y papiledema. Otro ejemplo es la encefalopatía hipertensiva que es la elevación grave de la PA asociado a letargo, convulsiones, ceguera cortical y coma en ausencia de otras explicaciones. La urgencia hipertensiva es la elevación de la PA en pacientes estables sin cambios agudos ni lesión o disfunción en órganos diana, esta no debe considerarse como una emergencia, se debe

reinstaurar o intensificar los fármacos antihipertensivos incluyendo para la ansiedad o dolor si el paciente lo amerita.

Las arritmias letales son trastornos del ritmo cardiaco súbito que compromete la vida. Como síntomas frecuentes se presentan palpitaciones y taquicardias. Se clasifican en taquiarritmias y bradiarritmias. Las taquiarritmias a su vez se dividen en: Fibrilación auricular: es la más frecuente y se caracteriza por el riesgo de TERP ausencia de onda P y R.R variable. Fibrilación ventricular: No se identifican QRS ni ST ni T. Taquicardia ventricular: se presenta el QRS anchos, ausencia de onda P. TSVP: complejos estrechos y ondas P escondidos. Las bradiarritmias se dividen en: asistolia: no hay actividad eléctrica ni mecánica demostrable, cuando sigue a una FV a AESP, el pr es malo. Bloqueos AV: El impulso sufre un retraso o no se transmite; Grado 1 - PR prolongado, todos los estímulos se conducen, pero con retraso. Grado 2 - interrupción intermitente. Grado 3 - bloqueo completo, ningún estímulo se conduce. Ritmo de escape.

Ahora abordaremos en la atención que como personal de enfermería debemos brindar a pacientes con alteraciones de la conciencia. La intervención de enfermería es necesaria cuando el nivel de conciencia de un paciente es tal que, sin ayuda, ya no puede mantener una vía respiratoria permeable, los reflejos protectores normales se reducen hasta tal grado que el paciente ya no puede mantener la seguridad del entorno y no puede llevar a cabo las actividades cotidianas. Presentando así un estado de inconsciencia, este se da en pacientes que tienen un accidente cerebrovascular, cuando zonas del tejido cerebral se lesionan y reciben un menor aporte sanguíneo, por ejemplo: Hemorragia cerebral, Embolia cerebral o isquemia, Hemorragia subaracnoidea; en pacientes que han recibido anestésicos recetados durante y después de una intervención quirúrgica, lo cual afecta al estado neurológico del paciente. Personas con una enfermedad en etapa terminal cuando disminuye la función cerebral, así como pacientes que tienen un tumor cerebral que ejerce presión sobre el cerebro y lo lesiona. El aspecto más importante de enfermería es el mantenimiento de una vía respiratoria permeable y la oxigenación mientras se diagnostica la causa de la pérdida de conocimiento del

paciente y se trata de manera que la función respiratoria sea lo más eficiente posible para las circunstancias. Continuamos con pacientes que presentan convulsiones. Una crisis convulsiva puede manifestarse de muchas formas clínicas, pero es característico un comportamiento involuntario, estereotipado e incontrolable por parte del paciente. Generalmente se expresa en forma de crisis recurrentes. Dado que la sintomatología suele ser alarmante tanto para el paciente como para su entorno, va a ser un motivo frecuente de consulta en urgencias, incluso en el caso de pacientes epilépticos. El síndrome convulsivo puede ser debido a múltiples causas cerebrales y sistémicas, otras causas suelen ser las infecciones del sistema nervioso central, metabólicas, intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, fiebre, malformaciones arteriovenosas, tumores cerebrales, insuficiencia hepática, uremia, y compromiso del sistema nervioso central por lupus eritematoso sistémico, entre otras. Las crisis se pueden clasificar en: 1. Focales: Las simples se caracterizan porque cursan sin alteración del nivel de conciencia. Las complejas cursan desde el inicio con alteración de conciencia, siendo la afección hemisférica bilateral, pudiendo existir automatismos y actos complejos del comportamiento muy integrados. 2. Generalizadas: Las tónico-clónicas primarias son raras, y suelen ser consecuencia de la generalización de una crisis focal. Las de ausencia, aparecen en la infancia y juventud, y pueden asociarse a las anteriores; clínicamente se caracterizan por un episodio breve, de segundos, de disminución del nivel de conciencia. Sin aura ni período procrítico. Ante una convulsión hay que actuar rápidamente debido al aumento de la demanda cerebral de oxígeno que supone y al elevado riesgo de lesión que la actividad mecánica puede provocar en el paciente. Es importante frenar la actividad convulsiva cuanto antes, ya que estados convulsivos prolongados pueden provocar hipoxia, shock cardiovascular y parada respiratoria.

Aunque las crisis son de aparición brusca e inesperada, estar prevenido permite una actuación rápida y precisa y disminuye los riesgos de lesión y efectos secundarios.

La Enfermedad Cerebro Vascolar (ECV) o Ictus consiste en una interrupción en el aporte de sangre al cerebro, que causa pérdida temporal o permanente de

movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación. se clasifica en diferentes tipos en función de su etiología y características definitorias: Isquémico: Trombosis y Embolia, Hemorrágico. En cuidado del paciente se destacan el utilizar dispositivos urinarios cerrados para evitar entrada de microorganismos, realizar controles sanguíneos que permitan valorar la situación inmunológica de la paciente y por tanto si existen en ese momento una infección, utilizar colchón antiescaras para evitar la aparición de úlceras, observar si hay fuentes de presión y fricción, observar enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel. Vigilar el color de la piel, entre otros.

La cetoacidosis diabética (CAD) es una de las complicaciones graves más frecuentes de la diabetes mellitus y puede evolucionar rápidamente hasta provocar la muerte debido a que desencadena complicaciones secundarias como neumonía, infarto de miocardio, infecciones, etc. La valoración del CAD habitualmente se presenta con signos y síntomas como malestar general, cefalea, poliuria, polidipsia y polifagia. Continúa con náusea, vómito, cansancio extremo, dolor abdominal, taquipnea con respiración acidótica, deshidratación y pérdida de peso. El estado neurológico varía según el grado de alteración del equilibrio hídrico, el paciente puede estar letárgico, estuporoso o inconsciente (coma), asociado a la presencia de edema cerebral. La exploración física arroja signos de deshidratación, como piel seca y caliente, sequedad de mucosas orales y elasticidad de la piel con mantenimiento de su posición por más de tres segundos, hundimiento de los globos oculares. En situación extrema de deshidratación se ausculta taquicardia e hipotensión. La temperatura puede estar por debajo de lo normal excepto en caso de infección, la cual, si existe, puede ser la causa que originó el cuadro. La CAD requiere de un tratamiento intensivo para prevenir la severidad de la descompensación, debe enfocarse a: Restaurar el equilibrio entre insulina y glucagón para romper el ciclo cetósico, corregir la deshidratación y prevenir el colapso circulatorio y reposición de electrolitos. Los cuidados de enfermería para los pacientes de CAD deben planearse basándose en las prioridades de los diagnósticos enfermeros, debido a la necesidad urgente de atención que amerita este padecimiento: Normalizar la glucosa sanguínea, optimizar el equilibrio hídrico,

vigilancia de la diuresis, control de electrolitos, conservación de la higiene oral, mantenimiento de la integridad de la piel, prevención de infecciones y educación al paciente y su familia.

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo desde el esófago hasta el ano. La hemorragia digestiva es la causa más común de hospitalización relacionada con trastornos gastrointestinales. Edad avanzada del paciente, comorbilidades crónicas, antecedentes patológicos personales de hemorragia digestiva alta, tabaquismo, alcohol. Algunas manifestaciones clínicas son hematemesis, melena, hematoquecia y rectorragia. Los cuidados de enfermería son: Monitorizar signos vitales, vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la Frecuencia Respiratoria (FR), palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la Frecuencia Cardíaca (FC) y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de Presión Arterial (PA), Mantener el decúbito lateral para evitar aspiración si el paciente presenta hematemesis, valorar el tipo de hemorragia si es hematemesis, melena o hematoquecia, realizar control de ingesta y excreta estricto y reportar novedades, administrar oxígeno en caso de alteración en la saturación del paciente.

Es importante que el personal de enfermería brinde atención precisa y observe las reacciones que el paciente pueda presentar en base al padecimiento que tenga. En situaciones de cualquier tipo de enfermedad que se acaba de describir en este ensayo tanto familiares como pacientes no saben qué hacer o cómo reaccionar antes las situaciones, es por ello la importancia de educar a los pacientes y que el personal de salud este correctamente preparado para cualquier situación. La comprensión general que se obtiene de estos temas es significativa, ya que se procuró describir parte de la enfermedad y como enfermería brinda los cuidados adecuados. Tomando siempre en cuenta la más mínima precaución como el lavado de manos o la prevención de posibles complicaciones.

