



**Nombre de alumnos: López Márquez  
Marin de Jesus**

**Nombre del profesor: Ruiz Guillen  
Mahonrry de Jesus**

**Nombre del trabajo: Ensayo unidad III  
y IV**

**Materia: Enfermería En Urgencias y  
Desastres**

**Grado: 7° Cuatrimestre**

**Grupo: "a"**

## **UNIDAD III: ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION TISULAR**

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

Clínica de isquemia miocardio 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
- Tratamiento inicial
- Estratificación del riesgo
- Tratamiento de reperfusión urgente
- Tratamiento antiagregante y antitrombinico
- Bloqueo neurohormonal y tratamiento anti isquémico

Complicaciones del infarto agudo de miocardio (**IAM**)

- Difusión ventricular izquierda
- Infarto de ventrículo derecho
- Complicaciones mecánicas
- Arritmias
- Pericarditis post-infarto
- Angina post-infarto
- Trombosis intraventricular

Tratamiento no farmacológico a largo plazo tras un (**SCA**)

Reducción del consumo de carne roja, dulces y snacks azucres añadidos como el que contienen las bebidas zumos y galletas, aumentar el consumo de frutas, hortalizas y lácteos con bajo contenido de grasa

- Actividad física regular de tipo aeróbico

- Abandono del tabaquismo

### **3.2 Atención de enfermería en el shock**

Es el proceso de patología causada por la invasión de un tejido, fluido y cavidad corporal, normalmente estéril por un microorganismo patógeno o potencialmente patógeno

1. Sepsis
2. Variables generales
3. Variables inflamatorias
4. Variables hemodinámicas
5. Variables de difusión de órganos
6. Variables de perfusión tisular
7. Sepsis grave
8. Shock séptico

#### Shock Hipovolémico

El shock hipovolémico puede ser consecuencia de la pérdida de un gran volumen de sangre o de una deshidratación secundaria o vómitos, diarreas, quemaduras extensas. La situación clínica en la que el consumo de O<sub>2</sub> está limitado por el aporte de O<sub>2</sub> se conoce como shock. En el caso del shock hemorrágico, dos son los factores que condicionan el descenso en el aporte de O<sub>2</sub> la hipovolemia, al generar una disminución del GC y la anemia.

Otro shock con tratamiento específico;

1. Trombo embolismo pulmonar
2. Taponamiento cardiaco
3. Neumotórax a tensión
4. Shock anafiláctico

### **3.3 Atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas**

Las crisis hipertensivas son elevaciones agudas de la presión arterial que motivan una atención médica urgente. Se definen como una elevación de la TA diastólica superior a 120 ó 130 mmhg y/o de la TA sistólica por encima de 210 mmh

Tres grupos de diferente pronóstico y manejo:

1. Emergencia hipertensiva
2. Urgencia hipertensiva
3. Falsas urgencias hipertensivas

*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.

Es necesario descartar la presencia de enfermedades que puedan desencadenar una crisis hipertensiva: eclampsia y preclampsia, feocromocitoma, glomerulonefritis aguda, traumatismos craneoencefálicos, ingestión de alimentos con tiraminas e imaos, vasculitis, hiperreactividad autonómica del Síndrome de Guillain-Barré o ingestión de fármacos

*Esquema de tratamiento de la crisis hipertensiva:*

las medidas anteriores persiste la HTA, el manejo terapéutico del paciente dependerá de si ya existe tratamiento previo de HTA o no, En pacientes con mal control debido a incumplimiento del tratamiento dietético puede ser útil la adicción de un diurético y reforzar la dieta pobre en sal. Si la HTA no era conocida se puede comenzar con una gran variedad de fármacos hipotensores orales con inicio de acción relativamente rápido

### **3.4 Atención de enfermería en arritmias letales**

Actividad eléctrica del corazón

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 (Derecha e Izquierda)

Actividad eléctrica del corazón

La unión auriculoventricular la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud 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

Conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular

Arritmias cardíacas

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)

### **3.5 Atención de enfermería al paciente con alteraciones del estado de conciencia**

Esto 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 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.

## **UNIDAD IV: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS**

### **4.1 Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas**

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.

➤ cetoacidosis diabética

Es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contra reguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH)

➤ descompensación hiperglucemia 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

*Hipoglucemia en pacientes diabéticos*

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

Triada de Whipple:

- ✓ Presencia de síntomas y/o signos compatibles con hipoglucemia aunque hay pacientes asintomáticos
- ✓ Hipoglucemia demostrable (glucemia <70)
- ✓ Resolución rápida al restablecer la glucemia

#### **4.2 Atención de enfermería con hemorragia digestiva**

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.

## Anamnesis y exploración física

Sonda nasogástrica 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

## Valoración pronóstica

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

## Índice de Rockall

La probabilidad de recidiva hemorrágica puede predecirse a partir de los estigmas endoscópicos de alto riesgo descritos por Forrest

## Tratamiento médico

El tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones (IBP): La pauta recomendada es bolus de IBP de 80mg iv antes de la endoscopia (reduce la tasa de signos de riesgo endoscópico o requerimiento de tratamiento endoscópico), seguida de una perfusión de de IBP a 8mg/h durante 72 horas 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

## Reintroducción de la dieta:

Si el paciente presenta un alto riesgo de recidiva tras la endoscopia se debe de mantener en dieta absoluta durante al menos 24-48 hora

## **CONCLUSIÓN:**

El estado de shock es un tema de suma importancia la cual nos lleva a la pérdida de conciencia se recomienda realizar tratamiento en todos los pacientes con HDA por ulcera duodenal si se descarta tratamiento con aines el resto de las situaciones se recomienda realizar tratamiento erradicado si el tratamiento no se realiza a tiempo podría convertirse en una enfermedad crónica si el test de ureasa es positivo. En el caso de que éste resultara negativo, se deberá realizar un test de aliento tras completar tratamiento antisecretor la pauta de primera elección recomendada es IBP.

La hemorragia digestiva es un tema en la cual se lleva diferentes procesos como lo es la instalación de sonda nasogástrica.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- ✚ Alan p. práctica clínica basada en la evidencia en enfermería mc Graw Hill (2008).
- ✚ Janet G Parker. Enfermería en el cuidado de las urgencias, Mc Graw Hill, 2012.