



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Eduardo Roblero Chavez.

TEMA: Antología 3ra y 4ta unidad.

PARCIAL: Iro.

MATERIA: Enfermería en Urgencias y Desastres.

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Rubén Eduardo.

LICENCIATURA: Enfermería y Nutrición.

CUATRIMESTRE: 7mo.

12/Octubre/2021.

Enfermería en Urgencias y Desastres.

Introducción.

La Enfermería en urgencias se define como: “la provisión de cuidados especializados de Enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones.

Coordinar con otras áreas para la realización de procedimientos en el paciente. Registrar en la historia clínica electrónica todos los síntomas que puedan ir manifestándose. Realizar una valoración de control de funciones vitales periódicamente para certificar el estado del paciente y ver su evolución.

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

3.1.- 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.
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 repercusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST.
6. Tratamiento antiagregante y antitrombótico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA: Tratamiento antiagregante y antitrombótico en el SCA según la estrategia de reperfusión. La antiagregación debe realizarse por combinación de los fármacos descritos y la anticoagulación mediante una de las opciones propuestas (ordenadas según nivel de recomendación).
7. Bloqueo neurohormonal y tratamiento anti isquémico.

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

1. 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.

2. 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.

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 postinfarto: 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: Reparición 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 intraventricular: (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.

Tratamiento farmacológico a largo plazo tras un sca.

1. Fármacos antiagregantes. Durante 12 meses en todos los pacientes que no tengan alto riesgo hemorrágico; en estos casos: 1 mes tras stent no recubierto, 6 meses tras stent recubierto de everolimus/zotarolimus o 12 meses tras stent recubierto de rapamicina/paclitaxel. Clopidogrel (75 mg/día) indefinidamente en todos los pacientes con alergia a la aspirina.

2. Fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico.

3. Fármacos antianginosos.

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. La revascularización está indicada si existe un área importante de miocardio isquémico o si persisten los síntomas a pesar de administrar un tratamiento médico óptimo.

3.2.- 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.

Shock Séptico.

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

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.

La reposición agresiva de la volemia con fluidos, dirigida a aumentar el GC en el paciente en shock hemorrágico, conlleva un estado de anemia isovolémica, y no es suficiente para restaurar la homeostasis corporal en casos de sangrados importantes.

3.3.- 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 (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).

Para la petición de pruebas complementarias se valorará el valor absoluto de TA, la repercusión clínica orgánica y el conocimiento de la historia previa del paciente. Puede incluir hemograma, glucemia, urea e iones, creatinina, gasometría venosa, albuminuria, sediment

urinario, determinación de tóxicos en orina (ante la sospecha de consumo de cocaína), ECG y radiografía de tórax.

3.4. 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.

Reentrada.

Es el mecanismo de arritmia más común. Se define como la circulación de una onda de activación alrededor de un obstáculo no excitable.

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

3.5.1 atención de enfermería al paciente inconsciente.

Sucedo 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. La pérdida del conocimiento y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben tratarse como una emergencia.

3.5.2 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.

3.5.3 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.

Atención de enfermería a pacientes con alteraciones metabólicas.

4.1. 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.

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.

Fármacos utilizados en el tratamiento de DM 2 que no producen hipoglucemia: sensibilizadores a la insulina (metformina, tiazolidinedionas), inhibidores de la glucosidasa, agonistas de receptores de GLP-1 e inhibidores de DPPIV. Pero pueden aumentar el riesgo de hipoglucemia cuando se combinan con insulina o secretagogos de insulina.

En hipoglucemias secundarias a tratamiento con sulfonilureas se recomienda mantener al paciente en observación, al menos durante las 24 horas siguientes al episodio. En pacientes tratados con inhibidores de las alfa-glucosidasas (acarbosea, miglitol): emplear monosacáridos (no disacáridos) para su corrección.

4.2. Atención de enfermería con hemorragia digestiva.

Se define 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.

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.

Conclusión.

La Enfermería en urgencias se define como: “la provisión de cuidados especializados de Enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones.

Brinda cuidados de enfermería a las personas con problemas derivados de las principales situaciones de emergencia en el nivel extra hospitalario. Participa con el equipo multidisciplinario en la prevención de las situaciones de desastres producidos por Fenómenos Naturales y Fenómenos antrópicos.

Bibliografía.

ALAN PEARSON, PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA MC GRAW HILL (2008).

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/047f535e7abc30bce21a0d905208789c-LC-LEN702.pdf>

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina7.html>