



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: LESLY XIOMARA LOPEZ ROBLERO

TEMA: UNIDAD 3 Y 4

PARCIAL: PRIMERO

MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESATRES

**NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ
GARCIA**

LICENCIATURA: EN ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: SEPTIMO

INTRODUCCION

En este tema encontraremos la atención de un enfermero 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 al paciente inconsciente, atención de enfermería al paciente con convulsiones, atención de enfermería con accidente cerebro vascular después de un desastre natural y Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas, atención de enfermería al paciente con hemorragia digestiva todos los cuidados que debemos de brindarle al paciente

Desarrollo

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

3.1.- atención de enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica

Realizar monitorización y acceso a medidas de soporte vital, Historia clínica y estudios complementarios, Tratamiento de reperfusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST

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

Complicaciones del infarto agudo de miocardio (IAM) 95 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 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 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 Pericarditis postinfarto: El dolor producido por la pericarditis se distingue porque es muy agudo y está relacionado con la postura y la respiración.

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 Trombosis intraventricular: (10-40% de los IAM de localización anterior). Su principal complicación son los embolismos sistémicos y el tratamiento se realiza con anticoagulación, 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 101 rapamicina/paclitaxel.

Vacunación contra la gripe estacional En todos los pacientes. Vacunación contra el neumococo En todos los pacientes, cada 5 años.

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.

Cardiopatía isquémica aguda SCACEST Los pacientes con SCACEST 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.

En el SCACEST hay una relación directa entre la mortalidad y el tiempo que se tarda en abrir la arteria ocluida. Para minimizar los tiempos de actuación y que la reperfusión sea lo antes

posible, es fundamental la implementación de una red de atención sanitaria, bien organizada y basada en diagnóstico prehospitalario del SCACEST y traslado urgente al hospital más cercano con disponibilidad de ICP primaria

De ICP primaria. Cuando la fibrinólisis no es eficaz debe trasladarse inmediatamente al paciente para una ICP de rescate

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 Variables generales:

-Fiebre o hipotermia ($T^a >38^{\circ}\text{C}$ ó 90 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

Shock Séptico Hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos, estudios complementarios: en todos aquellos pacientes en los que se sospeche una infección deben completarse los siguientes estudios: A. Hemograma B, Bioquímica, Retirar siempre 2 tandas de hemocultivos (2 frascos de anaerobios y 2 de aerobios) antes del inicio del tratamiento antibiótico.

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

C. Tratamiento antibiótico El retraso en el inicio de un tratamiento antibiótico adecuado se relaciona con una mayor mortalidad, por lo que el tratamiento antibiótico empírico, de amplio espectro y precoz es una parte fundamental del tratamiento.

D. Control del foco de infección 110 En aquellos casos en los que el foco pueda ser drenado, debe intentarse el control del mismo lo antes posible. Se recomienda optar por aquellas técnicas que, consiguiendo un buen drenaje del foco de infección, sean menos agresivas.

Shock Cardiogénico Definición: 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 $< 1.8\text{-}2.2 \text{ l/min/m}^2$ de superficie corpora.

Manejo 1.

Medidas generales Oxigenoterapia para mantener una saturación de O_2 (sao_2) 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.

2. Monitorización: Es aconsejable monitorizar (además del electrocardiograma, la sao_2 y la tensión arterial de forma continua) el gasto cardíaco y las presiones o los volúmenes de llenado cardíacos

3. Vasopresores e inotrópicos: Además, se considera a la adrenalina como un vasopresor de segunda línea, cuando la respuesta a los fármacos de primera línea no es satisfactoria

4. Asistencia mecánica: La asistencia mecánica se recomienda si el soporte farmacológico no es suficiente para mantener la correcta perfusión de órganos.

En casos de shock cardiogénico refractario a tratamiento vasopresor/inotrópico y BIACP se debe implantar un sistema de asistencia ventricular.

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 además de esta clasificación, se habla de hemorragia masiva cuando se pierde el 50% del volumen sanguíneo en 3 horas o el ritmo de sangrado es mayor de 150 ml/min. El término transfusión masiva hace referencia a la necesidad de transfundir más de 10 CH en 24 horas. 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.

Tratamiento El tratamiento del shock hemorrágico gira alrededor de tres aspectos fundamentales: A) Control del foco de sangrado. El control del sangrado es fundamental y prioritario, por lo que debemos emplear todas medidas a nuestro alcance (diagnósticas y terapéuticas) para conseguirlo.

En pacientes con shock hemorrágico y sangrado no controlado, se recomienda dirigir la resucitación a alcanzar una TA sistólica de 80 mmhg (excepto en pacientes con traumatismo craneoencefálico), lo que se conoce como resucitación hipotensiva.

En la fase inicial del shock hemorrágico debemos evitar, en lo posible, la administración de aminas.

Otro shock con tratamiento específico

Tromboembolismo pulmonar (TEP). La repercusión hemodinámica del TEP depende del tamaño del émbolo y de la función cardíaca basal del paciente, por lo que debemos evitar los términos TEP masivo o submasivo.

3. Neumotórax a tensión. La compresión de las venas cavas secundaria a la desviación del mediastino y al aumento de presiones intratorácicas y la hipoxia severa (que genera a su vez vasoconstricción pulmonar y aumento de las resistencias vasculares pulmonares) son los mecanismos por los que el neumotórax a tensión genera una disminución del gasto cardíaco.

3.3.- atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas.

123 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).

Podemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo: Emergencia hipertensiva: elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón...). Estas situaciones son muy poco frecuentes, pero entrañan un compromiso vital inmediato. Es necesario un descenso de la presión arterial con medicación

parenteral y en el plazo máximo de una hora. Urgencia hipertensiva: elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital. Cursa de modo asintomático o con síntomas leves. Permiten una corrección gradual en el plazo de 24-48 horas y con un fármaco oral. 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. Por lo general no precisan tratamiento específico y ceden al desaparecer el estímulo que las provocó.

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

También 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 (simpaticomiméticos)

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, Si con las medidas anteriores persiste la HTA, el manejo terapéutico del paciente dependerá de si ya existe tratamiento previo de HTA o no. Si se trata de un paciente hipertenso ya conocido puede ser suficiente la reintroducción del fármaco (en caso de incumplimiento) o bien el ajuste de terapia oral.

Tratamiento de la emergencia hipertensiva Es necesario un descenso inmediato, pero gradual, de la TA mediante el empleo de fármacos por vía parenteral, con monitorización continua de la TA. El objetivo es disminuir de forma controlada la TAD a cifras de \leq 110/100 mmhg en minutos u horas, salvo en situaciones de daño orgánica cardiovascular (edema agudo de pulmón, disección aórtica, síndrome coronario agudo) en las cuales el descenso de TA debe ser más rápido. Sin embargo, si existe daño cerebro-vascular (ACVA, encefalopatía hipertensiva...) el descenso debe ser más gradual para evitar accidentes isquémicos

Entidades especiales en emergencias hipertensivas Las siguientes situaciones especiales pueden requerir modificaciones en la pauta recomendada:

Encefalopatía hipertensiva, isquemia coronaria, disección aórtica, preeclampsia/Eclampsia, hTA maligna (HTAM), situaciones de exceso de catecolaminas.

3.4. Atención de enfermería en arritmias letales.

Actividad eléctrica del corazón normalmente el marcapasos sinusal es el que activa al corazón
Actividad eléctrica del corazón Al llegar el estímulo a la unión auriculoventricular (AV), la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud

Arritmias cardiacas El sistema de conducción cardiaca supone un conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular, Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo La despolarización diastólica espontanea 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. 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.

ASISTOLIA Definición 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.

FIBRILACION VENTRICULAR Definición Es una serie descoordinada y potencialmente mortal de contracciones ventriculares ineficaces muy rápidas, causadas por múltiples impulsos eléctricos caóticos.

3.5.1 atención de enfermería al paciente inconsciente.

135 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, Causas la pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante

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

Los signos de una convulsión dependen del tipo de convulsión.

136 A veces es difícil saber si una persona está teniendo una convulsión porque quien tiene una convulsión puede parecer confundido o verse como si tuviera la vista fija en algo inexistente.

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: CETOACIDOSIS DIABÉTICA La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides).

2. DESCOMPENSACIÓN HIPERGLUCÉMICA HIPEROSMOLAR Clínica Instauración más insidiosa (días o semanas) con debilidad, poliuria, polidipsia y alteración del nivel de conciencia y disminución de ingesta de líquidos.

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, en todo paciente que llega en coma al Servicio de Urgencias hay que descartar una hipoglucemia.

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), Hemorragia digestiva baja (HDB), 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, 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, 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).

Conclusión

En este tema nos dimos cuenta que es importante conocer los tratamientos y cuidados que se le debe brindar a las personas afectadas en los desastres naturales

BIBLIOGRAFIA BASICA Y COMPLEMENTARIA

ALAN PEARSON, PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA DE ENFERMERIA
MCGRAW HILL (208)