



# Mi Universidad

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Ingrid Karen Morales

**TEMA:** Ensayo 3ra y 4ta Unidad

**PARCIAL:** Primero

**MATERIA:** Enfermería en Urgencias y Emergencias

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Rubén Eduardo Domínguez García

**LICENCIATURA:** Enfermería y Nutrición - Domingo

**CUATRIMESTRE:** Séptimo, Grupo "B"

*Frontera Comalapa, Chiapas a 16 de Octubre del 2021*

## INTRODUCCIÓN

En este breve ensayo abordaremos temas como, problemas coronarios, los problemas coronarios o enfermedades coronarias son aquellas que se relacionan con el corazón, ya sea angina de pecho, problemas en las válvulas, trombosis ventriculares entre otros. También existen tipos de shock, y saber diferenciarlos es muy importante ya que de acuerdo al tipo se aplica el tratamiento. La hiperglucemia puede afectarnos como también la hipoglucemia, debemos aprender a distinguir entre un paciente que tiene la glucosa alta como también la glucosa baja y saber cómo actuar ante cada situación. También veremos otros temas que son importantes conocer como la hipertensión arterial y hemorragias digestivas altas y bajas.

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

Para los pacientes con cardiopatía isquémica la valoración se inicia con un monitoreo y acceso a medidas de soporte vital, la historia clínica y estudios complementarios. En la historia clínica, vamos a incluir, antecedentes, alergias, características del dolor, exploración física, donde valoramos: signos de difusión ventricular izquierda como: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal, 3R, 4R, crepitantes, también signos de difusión ventricular derecha como: edemas periféricos, hipotensión, IY, RHY. En los estudios complementarios es necesario realizar una ECG de 12 derivaciones basal, rayos X de tórax para descartar signos de congestión pulmonar. Algunas medidas de soporte serian: oxigenoterapia, desfibrilador, acceso inmediato a medidas SVA, incluido soporte ventilatorio, es muy importante contar con dos accesos vasculares evitando punciones intramusculares y también intraarteriales En. Los medicamentos a administrar encontramos a los analgésicos (cloruro mórfico, meperidina), antieméticos (metoclopramida, ondasetron), control glucémico (insulina rápida), vagolíticos (atropina) y ansiolíticos (diazepam). El tratamiento antiagregante y antitrombótico en el SCA es de acuerdo a la estrategia de la perfusión. Para el bloqueo neurohormonal y tratamiento anti isquémico se utilizan; betabloqueantes, IECA, ARA2, los inotrópicos y vasoactivos tienen efectos adversos, como la dobutamina puede provocar taquicardia, hipotensión arterial, miocardiopatía obstructiva, pericarditis constrictiva, la levosimendan causa hipotensión arterial, taquiarritmia QT prolongado, insuficiencia renal e insuficiencia hepática, la dopamina produce taquiarritmia e isquemia distal, por último tenemos a la Noradrenalina solo causa isquemia periférica. Las complicaciones del infarto agudo de miocardio traen consigo una difusión ventricular izquierda, siendo la principal causa de muerte, Killip Kimball y Forrester los clasificaron por grados que se expresa de siguiente manera: Forrester I – Killip I: sin estertores ni tercer ruido – sin tratamiento, Forrester II – Killip II. EAP menor de 35% campos pulmonares – oxigenoterapia, furosemida, nitroglicerina iv y IECA, Killip III, EAP mayor de 50% campos pulmonares, el tratamiento se asocia con CL.Morficio, soporte ventilatorio, valoración de asociar antialdosterónicos y levosimendan, Forrester III – Killip VI – Shock cardiogénico sin congestión: baja precarga más difusión vi. También difusión VD, y por último Forrester IV – Killip IV, shock cardiogénico: hipotensión, además monitorizar HD invasiva. El infarto del ventrículo derecho debe sospecharse en pacientes con infarto agudo al miocardio, ya que presentan hipotensión o congestión sistémica, para obtener un claro diagnóstico se debe realizar una ECG y

ecocardiografía, las complicaciones mecánicas se manifiestan por rotura de pared libre aguda y subaguda, comunicación interventricular e insuficiencia mitral aguda. Las arritmias siempre se hacen presentes por eso es muy importante mantener en niveles adecuados los niveles de potasio y magnesio y así minimizar el riesgo de arritmias. La pericarditis postinfarto se conoce como el dolor muy agudo producido de la pericarditis y está relacionado con la postura y la respiración, para eso se puede utilizar dosis altas de aspirina. La angina postinfarto es la reaparición del dolor torácico anginoso o signos de isquemia, si una, si una persona presenta estos síntomas es importante trasladarlo al hospital más cercano para evitar complicaciones. Existen tratamientos farmacológicos a largo plazo para los síndromes coronarios agudos (SCA), como son las aspirinas que se pueden combinar con clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, en cuanto a los fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico están los betabloqueantes, los IECA, y los ARAII asociado con los antiandrogénicos. Los fármacos antianginosos son: la ivradina, nitratos, amlodipino o nifedipino (asociados a BB si angina de pecho o lesiones coronarias severas residuales).

### **Tratamiento no farmacológico a largo plazo tras un SCA**

Para poder mejorar tras un síndrome coronario agudo, aparte de los fármacos, también es necesario reducir el consumo de carnes rojas, y todo tipo de dulces, azúcares ya sea naturales o artificiales, harinas refinadas y aumentar el consumo de frutas, verduras, lácteos con bajo contenido de grasa, cereales integrales, alimentos con alta cantidad de proteína como lo son: pescado, pollo, pavo y frutos secos, mediante este régimen alimenticio la salud ira mejorando por ende la calidad de vida de las personas, claro no olvidando incluir el ejercicio diario dependiendo de la condición del paciente, otro habito muy perjudicial que también se debe evitar si se quiere buena salud es el tabaquismo. Tener bajo control la presión arterial, colesterol, triglicéridos, glucosa basal e índice de masa corporal también es muy importante en estos casos.

Los pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST (SCASEST), es un grupo muy diferenciado con un pronóstico variable, por eso es fundamental una disposición precoz, para elegir algún tratamiento médico. El síndrome coronario agudo con elevación se ST (SCACEST) tiene una relación directa entre la mortalidad y el tiempo que se tarda en abrir la arteria ocluida, para la actuación rápida ante estos tipos de problemas lo mejor sería restablecer una red de atención sanitaria bien organizada y basada en diagnósticos prehospitalario, para luego trasladarlo al hospital más

cercano para ser atendido por ICP (Intervención coronaria percutánea), siendo el tratamiento de elección de los pacientes con mejores resultados que la re perfusión farmacológica, aunque este método es muy utilizado en lugares muy marginados donde no es posible encontrar rápidamente un ICP, y cuando la perfusión farmacológica no está funcionando en el paciente y este vive en un lugar lejano a un hospital, lo mejor es tratar de llegar lo más antes posible a un hospital o de lo contrario el paciente puede perder la vida.

### **Atención de Enfermería en el shock**

El shock es una afección crítica provocada por la baja repentina del flujo sanguíneo en todo el cuerpo, resultado de un traumatismo, insolación, pérdida de sangre, reacción alérgica, infección grave, envenenamiento quemaduras graves etc. La sepsis es una infección ya sea confirmada o sospechada, que se manifiesta con fiebre o hipotermia, taquicardia, taquipnea, alteración del estado mental, edemas e hiperglucemias, contando también con variables inflamatorias como lo son la leucocitosis, leucopenia, desviación izquierda, elevación de PCR y de PCT, las variables hemodinámicas sería la hipotensión arterial, en las variables de disfunción de órganos esta la hipoxemia, oliguria, elevación de Cr, coagulo Patía, la trombopenia, Íleo e ictericia, por ultimo están las variables de perfusión que son la hiperlactemia y lividices o relleno capilar enlentecido. El caso del shock séptico es la hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos, para poder corroborar una infección es necesario realizar un hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, gasometría arterial, lactato, estudios microbiológicos, y pruebas de imagen(tórax), el tratamiento en pacientes con hipoperfusión inducida por sepsis, se recomienda una resucitación protocolizada y guiada por objetivos como: fluido terapia, soporte vasopresor si en caso que la fluido terapia no funcione, tratamiento antibiótico claro con muestras de hemocultivos para la administración farmacológica adecuada, también controlar el foco de infección y por ultimo paquetes de medidas que se lleva a cabo por horas en las primeras tres horas se debe: medir niveles de lactato. Obtener hemocultivos, administración de antibiótico, terminando con la administración de al menos 30ml/kg de cristaloides si la hipotensión o lactato es mayor o igual a 4mmo/L, y en las primeras 6 horas se debe administrar vasopresores, en caso de hipotensión arterial medir PVC, y se debe medir de nuevo el lactato. El shock cardiogenico se distingue por la hipotensión arterial sistólica menor de 90 mmhg, bajo gasto cardiaco, precarga adecuada e hipoperfusión tisular, originados por infartos agudos al miocardio: fallo de bomba, complicaciones mecánicas,

miocardiopatías en estadio final, contusión miocárdica, estenosis aortica y mitral entre otras, el manejo ante estas situaciones esta la oxigenoterapia, valorar si es necesario la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, se debe controlar la frecuencia y el ritmo cardiaco monitorizando al paciente, se debe incluir también vasopresores e inotrópicos, como por ejemplo la adrenalina de segunda línea, claro la asistencia medica no ha de faltar ya sea mediante asistencia quirúrgica , asistencia ventricular, fibrinólisis o instalación de balón intraaortico de contrapulsacion. El shock hipovolémico es la pérdida del volumen de sangre o de una deshidratación secundaria producida por vómito, quemaduras o diarrea. Para tratar un shock hemorrágico, pues como su nombre lo dice es causada por una hemorragia, lo primero que se debe hacer es detener la hemorragia o el sangrado mediante hemostasia, monitoreando la frecuencia cardiaca y la presión arterial ya que tienden a disminuir en estos casos, y en caso del paciente que ha perdido mucha sangre se debe administrar sangre para estabilizarlo, la cantidad de sangre a administrar va dependiendo de la gravedad del paciente, muy importante no administrar aminas en estos pacientes. El shock anafiláctico se produce se produce una gran importante liberación de mediadores inflamatorios siendo el principal la histamina, produciendo inflamación celular, aumento de la permeabilidad capilar y vasodilatación sistémica, el tratamiento inmediato que se debe administrar ante estas situaciones es la adrenalina, (ya que tiene un efecto vasoconstrictor), junto con el manejo de la vía aérea, también se debe administrar bastantes fluidos para poder corregir la hipovolemia, algunos fármacos empleados en el shock anafiláctico son: adrensalina iv e im, metiprednisolona iv, hidrocortisona, ebastina y cimetidina.

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

La hipertensión arterial es la elevación de la presión arterial, ósea la presión que ejerce la sangre en las paredes arteriales, con una diastólica superior a 130 mmhg y una sistólica por encima de los 210mmhg, manejándolas de las siguiente manera: emergencias hipertensivas, que se distingue por la afectación de órganos Diana como lo son el corazón, cerebro, riñón entre otros, luego seguimos con la urgencia hipertensiva que va con una elevación de la presión arterial, sin daño a órgano Diana, y con síntomas leves, y por ultimo las falsas urgencias hipertensivas, que son causadas por ansiedad, dolor, agitación o alguna otra razón no grave. Para una valoración correcta de un paciente con crisis hipertensiva es necesario realizar un historial clínico, obteniendo todo dato posible para llegar a un buen diagnóstico, y si fuera posible complementar con otros estudios como: un hemograma,

glucemia, urea, creatinina, gasometría venosa entre otros. Algunos de los síntomas asociados son: visión borrosa, edema de papila, diplopía, dolor torácico, palpitaciones, náuseas y vómitos, disnea, oliguria, hematuria, nicturia, agrandamiento renal, cefaleas, confusión, debilidad generalizada, crisis convulsivas incluso se puede llegar al estado de coma. La preclampsia es un cuadro de THA alto durante el embarazo, para ello a la administración de labetalol y el urapidil son eficaces, aunque también se puede administrar hidralazina teniendo en cuenta los efectos adversos a desencadenar.

### **Atención de enfermería al paciente convulsivo**

También conocido como epilepsia cuando las convulsiones son repetidas en varias ocasiones en una persona, siendo un trastorno neurológico, provocando que una persona se vea confundido o como si tuviera la vista en algo irreal, como también se puede convulsionar en forma de temblor, perdiendo al mismo tiempo la pérdida de conciencia, las convulsiones se clasifican en dos grupos, la primera en convulsiones generalizadas, afectando ambos lados del cerebro, dentro de este grupo también encontramos as convulsiones de ausencia y las convulsiones toniclonicas, siendo las de ausencia de menor o pequeño mal, ya que solo produce parpadeo rápido o mirada fija a lo lejos, y las toniclonicas son de mayor o gran mal, ya puede producir en una persona gritos, pérdida de conciencia, desmayo con rigidez o espasmos musculares llegando se a sentirse cansada después de un episodio. La segunda clasificación son las convulsiones focales o parciales, que son localizadas en solo lado del cerebro, dentro de esta clasificación encontramos las convulsiones focales simples, afectando una pequeña parte del cerebro, las convulsiones focales complejas, haciendo que la persona se sienta confundida y no pueda responder preguntas, también encontramos a las convulsiones generalizadas secundarias, que comienzan en una parte del cerebro, pero luego se extiende a ambos lados del cerebro, este tipo de convulsión empieza focal seguida con una generalizada y duran pocos minutos.

### **Atención de enfermería con enfermedad cerebrovascular**

En este caso estamos hablando de una alteración en la circulación del cerebro ocasionando una disfunción ya sea momentáneo o definitivo del sistema neurológico o varias partes del encéfalo, lo que ocasionado miles de muertes en nuestra sociedad, más en mujeres. La clasificación de estos problemas se divide en isquémicos y hemorrágico. El accidente cerebrovascular hemorrágico o sangrado cerebral se requiere de reposo absoluto,

sueroterapia, adecuada sedación, analgesia y / o bloqueo neuromuscular, con intubación orotraqueal si se requiere, monitoreo constante; controlando la presión intracraneal, la TA, la temperatura y la glucemia. También se debe iniciar un tratamiento con vitamina K<sub>IV</sub>, plasma fresco congelado, heparina sódica, anticoagulantes, neurocirugía entre otros.

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

Una persona con diabetes puede presentar dos desequilibrios metabólicos una es el déficit de insulina y la otra hiperglucemia intensa, la cetoacidosis diabética es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contra reguladoras produce: hiperglucemia, lipólisis y oxidación de ácidos grasos produciendo así cuerpos cetónicos y acidosis metabólicas. La cetoacidosis es causada por errores en el tratamiento con insulina, infecciones, neumonía, comienzo de una diabetes, medicación hiperglicemiante, estrés psicológico, trauma, alcohol, cocaína y por algunas causas desconocidas. En ancianos siempre se sospecha la descompensación hiperglucemia hiperosmolar, ya que produce debilidad, poliuria, polidipsia y alteraciones de conciencia, lo más probables en pacientes con esos problemas es iniciar con una evaluación que incluye: antecedentes de diabetes, antecedentes de medicamentos relacionados con la diabetes, aparición de vómitos, capacidad de ingerir líquidos, exploración física, como también algunas pruebas de laboratorios y dependiendo la gravedad del problema se aplica el tratamiento, por ejemplo insulina, bicarbonato (Ph < 6,9: 250 cc HCO<sub>3</sub> 1/6 Molar en 30 min y 250 cc en 1,5 h. Repetir si ph 7: No administrar HCO<sub>3</sub>), potasio (Hipopotasemia grave (K +3,3. K +>5,3: No administrar K + y control cada 2 horas • K + 4,5-5: 10 meq/h. • K + 4 – 4,5: 15 meq/h. K + 3,5 – 4: 20 meq/h. K + 3 – 3,5: 30 meq/h. Aumentar la infusión de potasio en caso de administración de bicarbonato), fosfato y por supuesto control de la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, nivel de conciencia, balance hídrico, función renal entre otros.

Así como aumenta la glucosa también puede disminuir, a esa disminución se le conoce como hipoglucemia por debajo de los valores normales, las manifestaciones clínicas de la hipoglucemia son: adrenérgicas: palpitaciones, sudoración, temblor, palidez, frialdad, ansiedad, inquietud, hambre, debilidad y visión borrosa, y a nivel neuroglupenia: cefalea, comportamiento anormal, mareo, confusión mental, psicosis, somnolencia, convulsiones etc. La hipoglucemia tiene una clasificación: hipoglucemia grave, hipoglucemia sintomática documentada, hipoglucemia asintomática, probable hipoglucemia sintomática, e



hipoglucemia relativa, las causas más comunes de la hipoglucemia son: el exceso de insulina, alteraciones de la alimentación (disminución de la ingesta de carbohidratos), alteración de la contra regulación (enfermedad hepática, alcohol, drogas, neuropatía autonómica, déficit hormonales) y utilización de meglitinidas (replaginida, nateglinida) sulfonilureas (glibenclamida, glimepirida, y glicazida). El tratamiento para la hipoglucemia va depender del estado del paciente, si este esta consiente se le puede pedir que consuma algún jugo de frutas, algunos sorbos de coca cola, algunas galletas, un vaso de leche, tener en cuenta que puede se puede consumir una o dos cosas de las mencionadas, hasta que el nivel de glucosa se estabilice. Pero si el paciente esta inconsciente se tiene que recurrir a otros métodos como por ejemplo la administración de glucagón por vía intramuscular, en cuanto el paciente recupere la conciencia se le debe dar a ingerir 20gr de glucosa y después 40 g de hidrato de carbono complejo.

### **Atención de Enfermería con hemorragia digestiva**

Una hemorragia digestiva es aquella que se produce en el tracto digestivo ya sea a nivel superior o inferior, como puede ser también hemorragia digestiva baja o alta manifestándose la última por vómitos de sangre, defecación negra, pegajosa y mal oliente. Cuando la hemorragia es abundante se puede producir un shock hipovolémico, por la cantidad de sangre que se está perdiendo, la hemorragia baja se manifiesta como ectorragia o hematoquecia. Lo primero a valorar ante una situación como esta es la presión arterial, frecuencia cardiaca y los signos y síntomas más manifestados, se puede utilizar una sonda nasogástrica en caso que se desconozca de donde emana la hemorragia. Existen otros tipos de hemorragias como la alta varicosa y la no varicosa diferenciándose la una de la otra por la presión portal, el 80% a 90% son de causa no varicosas, siendo la ulcera péptica la más conocida y frecuente que, por lo regular es causada por el consumo excesivo y prolongado de los AINES o por la presencia de la bacteria *Helicobacter Pylori* en el estómago. Para la valoración de la hemorragia alta no varicosa se recomienda realizar una endoscopia, la escala utilizada en estos casos es la de índice de Rockall, que permite diferenciar entre pacientes con riesgos bajos y pacientes con riesgos altos. El tratamiento médico se basa en la elección de los inhibidores de la bomba de protones. La dosis recomendada es bolus de IBP de 80 mg vía intravenosa antes de realizar una endoscopia seguidamente de una perfusión de IBP a 8mg/h durante 72 horas, tras el tratamiento intravenoso se debe administrar un IBP a dosis estándar vía oral durante el tiempo necesario para la cicatrización de la ulcera, que por lo

regular son 4 semanas para la ulcera duodenal y 8 semanas para la ulcera gástrica. Con respecto a la dieta alimentaria va dependiendo de la endoscopia realizada, si la endoscopia fue de alto riesgo entonces se debe mantener en dieta absoluta durante al menos de 24 a 48 horas, pero si el riesgo de la endoscopia fue bajo entonces estos pacientes pueden recibir alimentos en las primeras 24 hora, en cuanto a la reposición hidroelectrolítica se ajustará a la función renal, la diuresis y la comorbilidad asociada (insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática). Para erradicar a la bacteria *Helicobacter pylori* se recomienda realizar un tratamiento especial para la bacteria.

## CONCLUSIÓN

Los problemas coronarios cada vez son más frecuentes en nuestros días, saber cómo actuar ante estas situaciones es de crucial importancia ya sea extra hospitalario e intrahospitalaria. Existen 4 tipos de shock en los que una persona puede caer, puede ser anafiláctico, hipovolémico, séptico y cardiogenico, cada uno tiene diferentes orígenes y tratamientos, pero cada uno de ellos comprometen la vida del paciente si no es atendido a tiempo. La hipertensión arterial es otro de los males que afecta a la población, esta enfermedad no detectada a tiempo puede afectar órganos importantes de nuestro organismo y llevarnos a perder la vida, de ahí la importancia de realizar un chequeo de rutina no está de más en nuestros días. Las convulsiones son problemas del cerebro, ya sea afectando a ambos lados del cerebro o solo una parte. Las enfermedades cerebrovasculares se dividen en isquémicos y hemorrágicos. La diabetes es una enfermedad a la que se debe tomar con seriedad ya que ha cobrado miles de vidas, por una elevación o por descenso de él, afectando a si a otros órganos vitales para la vida. Las hemorragias intestinales se clasifican el altas y bajas, pueden producirse por golpes, por el consumo de los AINES o por contraer la bacteria *Elicobacter pylori*, cualquier sea el motivo existen tratamiento para corregirlas.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALAN PEARSON, PRACTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA MC GRAW HILL (2008).
- ALIAS ROVIRA GIL, URGENCIAS EN ENFERMERÍA, LIMOSA, 2002
- . • LORETO MAL GARCÍA, ENFERMERÍA EN DESASTRES, MC GRAW HILL, 2008.
- JANET GRAN PARKER, ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2012.
- M, RIVAS, MANUAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL, 2015.
- GUSTAVO MALAGÓN-LONDOÑO, MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS, MC GRAW HILL