



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Darbn Ely Roblero Soto

TEMA: ENSAYO 3RA Y 4TA UNIDAD

PARCIAL: Septiembre – Diciembre

MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO

DOMINGUEZ GARCIA

LICENCIATURA: En Enfermería

CUATRIMESTRE: 7to cuatrimestre

INTRODUCCION

El estado de *shock* (o insuficiencia circulatoria) se define por la presencia de un desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno globales, dando lugar a una situación de disoxia tisular.

La llegada de oxígeno a los tejidos viene determinada fundamentalmente por una presión de perfusión del tejido suficiente y por un transporte de oxígeno adecuado (determinado, a su vez, por el gasto cardíaco y el contenido arterial de oxígeno).

DESARROLLO

Atención de enfermería al paciente con cardiopatía isquémica

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. En su manejo es fundamental mantener una adecuada precarga (utilizar con precaución opiáceos, nitratos, diuréticos)

2Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico:

ROTURA DE PARED LIBRE (0,2- 3%)

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (0,5-3%)

INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA Dilatación y disfunción VI

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.

Atención de enfermería en el shock.

ES 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
- Hiper glucemia ($>140 \text{ mg/dl}$) en paciente no diabético

VARIABLES INFLAMATORIAS:

- Leucocitosis ($>12000/\mu\text{l}$)
- Leucopenia (10% de formas inmaduras)
- Elevación de PCR y de PCT

VARIABLES HEMODINÁMICAS:

- Hipotensión arterial ($\text{tas} < 40 \text{ mmHg}$)

VARIABLES DE PERFUSIÓN TISULAR:

- Hiperlactatemia (lactato >1 mmol/L)
- Livideces o relleno capilar enlentecido

SEPSIS GRAVE HIPOPERFUSIÓN TISULAR O DISFUNCIÓN ORGÁNICA ATRIBUIDA A LA SEPSIS

- Hipotensión inducida por la sepsis
- Elevación de lactato (por encima de la cifra normal de laboratorio)
- Diuresis 2.0 mg/dl 107
- Lesión pulmonar aguda con PO_2/FIO_2 mg/dl
- Plaquetas 1.5)

SHOCK CARDIOGÉNICO

Hipotensión arterial: Presión arterial sistólica < 90 mmhg o mayor a expensas de la administración de fármacos inotrópicos positivos o vasopresores.

2. Bajo gasto cardíaco: Índice cardíaco < 1.8-2.2 l/min/m² de superficie corporal 111
3. Precarga adecuada: presión capilar pulmonar > 15-18 mmhg
4. Hipoperfusión tisular

EL 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,

Atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas.

Podemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo:

Valoración inicial del paciente con crisis hipertensiva se debe de preguntar por la presencia de historia previa de hipertensión arterial (HTA): tiempo de evolución, severidad, uso de tratamiento hipotensor, adherencia terapéutica, episodios previos de crisis hipertensivas y estudios previos realizados para descartar HTA secundaria. 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, cocaína, anfetaminas, LSD, antidepresivos tricíclicos) o bien retirada brusca de fármacos hipotensores de acción corta como betabloqueantes y clonidina. Es preciso además la valoración de síntomas que sugieran afectación de órganos diana y que orienten a la presencia de enfermedades sugerentes de una emergencia hipertensiva.

LA urgencia hipertensiva En esta situación el descenso de la TA se efectuará en el curso de varias horas o días. SU 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 o hipotensión por el riesgo de isquemia aguda. 126 Se recomienda reposo físico y, según el contexto, la administración de un ansiolítico. Un reposo de 30-60 minutos puede disminuir la TA a niveles normales en hasta un 45% de los casos. Dosis de 5 a 10 mg de diazepam o cloracepato orales son suficientes.

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.

Atención de enfermería en arritmias letales.

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).

Atención de enfermería al paciente inconsciente.

Sucede cuando una persona es incapaz de responder a otras personas o a las actividades.

La pérdida del conocimiento breve (o desmayo) suele ser causada por deshidratación, glucemia baja o presión arterial baja temporal. También puede ser ocasionada por problemas serios en el sistema nervioso o el corazón. El médico determinará si la persona afectada necesita practicarse exámenes. Otras causas de los desmayos abarcan hacer un esfuerzo intenso durante la defecación (síncope vasovagal), toser muy fuerte o respirar muy rápido (hiperventilación).

Atención de enfermería al paciente convulsivo: Las convulsiones se clasifican en dos grupos, Las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro y los Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro. Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales.

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

La DESCOMPENSACIÓN HIPERGLUCÉMICA HIPEROSMOLAR, da 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 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 (Aumentan la glucemia: Ingesta y hormonas contrarreguladoras; disminuyen la glucemia: disminución de la ingesta, actividad física, exceso de insulina e hipoglucemiantes orales)

TRIADA DE WHIPPLE

- Presencia de síntomas y/o signos compatibles con hipoglucemia (aunque hay pacientes asintomáticos)
- Hipoglucemia demostrable (glucemia

MANEJO INICIAL • Breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva. • Valoración hemodinámica: determinando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso.

La tención de enfermería con hemorragia digestiva es 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. Hemorragia digestiva baja (HDB): Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

Anamnesis y exploración física con 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 que debe retirarse tras valorar el aspirado gástrico.

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 IBP a 8mg/h durante 72 horas (reduce las tasas de recidiva, requerimientos de cirugía y mortalidad en pacientes con vaso visible no sangrante o hemorragia activa). 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

Los traumatismos craneoencefálicos ponen en peligro la vida, provocando alteraciones físicas y psicológicas, el personal de enfermería es quien brinda los cuidados e informa los cambios que puedan presentarse en un paciente crítico.

requiere un trabajo conjunto por parte de un equipo multidisciplinar logrando, tanto salvar la vida de las personas, como mejorar la calidad de la misma en los supervivientes.

El personal de enfermería dispone de las habilidades, conocimientos, técnicas y aptitudes necesarias para la atención del paciente

Bibliografía básica y complementaria:

- 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.