



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Dulce Suleyma López Ramírez

TEMA: Atención de enfermería a pacientes con alteraciones de la oxigenación tisular, alteraciones metabólicas

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería en Urgencias y Desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez

LICENCIATURA: Lic. En enfermería

CUATRIMESTRE: 7°

Lugar y Fecha de elaboración: frontera Comalapa 17/Octubre/2021

INTRODUCCION

En este ensayo aprenderemos sobre como es que el personal de enfermería realiza su trabajo ayudando a personas con cardiopatía isquémica, shock, arritmias letales, alteraciones del estado de conciencia, paciente inconsciente, hemorragia digestiva, son temas muy importantes y que deberíamos dominar bien y saber de farmacos para ayudar en la mejora de la salud del paciente

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA:

Para el tratamiento inicial del paciente con SCA se necesita saber sus antecedentes personales como son alergias, cardiopatía previa, así también las características del dolor como es localizar donde le duele, cuando inicia y cuánto tarda, no está demás realizar una exploración física para ver si existe una taquicardia, taquipnea, hipotensión, una mala perfusión distal, Signos de disfunción ventricular derecha: IY, RHY, edemas periféricos, hipotensión. Para poder iniciar un tratamiento es necesario aplicar oxigenoterapia, soporte ventilatorio. Para este caso se pueden utilizar tratamientos como analgésicos, tratamiento antiemético y tratamiento glucémico.

Para el tratamiento de antiagregante y antitrombótico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA: La antiagregación debe realizarse por combinación de los fármacos descritos y la anticoagulación mediante una de las opciones propuestas (ordenadas según nivel de recomendación). Para ello existen los tratamientos como clopidogrel, abciximab, y tratamientos anticoagulantes como heparina, bivalirudina, tratamiento antiagregante como el clopidogrel.

Complicaciones del infarto agudo del miocardio: esta es la complicación más frecuente del IAM y al mismo tiempo la principal causa de mortalidad, se clasifican por grados y estos son forester 1 hasta forester 4, de igual manera se sospecha infarto del ventrículo derecho a estos pacientes eso se diagnostica con ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecografía sus complicaciones son rotura de pared libre, comunicación interventricular y insuficiencia mitral aguda. En los pacientes isquémicos se debe minimizar el riesgo de arritmias.

Tratamiento farmacológico a largo plazo tras una SCA para ello muchos pacientes han utilizado medicamentos IECA, ARAII, vacunación contra la gripe, vacunación contra el neumococo así mismo tiene tratamiento no farmacológico como son: 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. También cereales integrales y sus derivados (pan, arroz y pasta) y como alimentos proteicos el pescado, aves como el pollo y el pavo, y frutos secos.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK:

No es más que el proceso patológico causado por la invasión de un tejido, fluido o cavidad corporal, por un microorganismo patógeno, o potencialmente patógeno, tiene como variables generales a fiebre o hipotermia, taquicardia, taquipnea, alteración de estado mental, hiperglucemia, y sus variables inflamatorias son: leucocitosis, leucopenia, elevación de PCR, PCT. Sus variables de disfunción de órganos son: hioxemia, oliguria, coagulopatía, trombopenia, ictericia. El shock séptico es hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos, todos aquellos pacientes que se sospeche una infección deberán realizar los estudios de hemograma y bioquímica, coagulación, gasometría arterial y venosa, lactato, procalcitonina y proteína C reactiva y estudios microbiológicos. Así también es bueno realizar una radiografía del tórax.

Para el tratamiento de estos pacientes es necesario realizar fluidoterapia, soporte vasopresor, tratamiento antibiótico, paquetes de medidas.

Shock cardiogénico: este es hipotensión arterial o presión arterial sistólica, hipoperfusión tisular, para su manejo se realiza oxigenoterapia, valorar la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica esto se realiza con el fin de disminuir el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno, es importante controlar la frecuencia y el ritmo cardíaco y si es necesario poner marcapasos. También es recomendable la asistencia mecánica en caso de que el soporte farmacológico no sea suficiente, en los pacientes con IAM no se recomienda la fibrinólisis ya que su éxito es muy baja y no consigue mejorar la supervivencia.

También existe el shock hipovolémico esto sucede por la pérdida de grandes volúmenes de sangre o bien por deshidratación secundaria ya sea vómito, diarrea o quemaduras extensas, estas hemorragias se clasifican en: pérdida de sangre, frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, diuresis y síntomas neurológicos como son: ausente, ansiedad, letargia. Se habla de hemorragia masiva cuando la persona pierde el 50% de sangre en 3 horas. Otro de los aspectos diferenciales del shock hemorrágico es la coagulopatía. La coagulopatía no es sólo consecuencia del tratamiento (la presenta un 25% de los pacientes traumatizados al ingreso en el hospital) esto se debe a consumo de factores de coagulación o pérdida de sangre. Para su tratamiento es necesario controlar el foco de sangrado, corrección del shock y de la volemia, Prevención y tratamiento de la coagulopatía.

Existen otros shock con tratamiento específico como son: tromboembolismo pulmonar esto depende del tamaño del embolo y la función cardíaca basal del paciente se debe investigar daño miocárdico mediante los parámetros bioquímicos y ecocardiograma. En los pacientes con derrame pericárdico es muy importante evitar la hipovolemia para evitar el taponamiento y deberá administrarse fluidos y diuréticos en caso de hipotensión. El neumotorax a tensión debe ser diagnosticado por la historia clínica y la exploración física.

Shock anafiláctico en este tipo de shock se produce liberación de mediadores inflamatorios (leucotrienos, óxido nítrico, TNF, prostaglandina), siendo el principal la histamina, estos mismos producen edema celular, aumento de permeabilidad capilar y vasodilatación sistémica, para su tratamiento debe administrarse adrenalina (por su efecto vasoconstrictor, evaluar la necesidad de intubación orotraqueal, en caso de obstrucción de vía aérea se necesitara la traqueostomía o cricotiroidotomía, en caso de parada cardio respiratoria se recomienda realizar RCP.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Son elevaciones agudas de la presión arterial y se necesita de atención médica urgente se define como la elevación de la tensión arterial diastólica superior a 120 o 130 mmHg o TA sistólica por encima de 210 mmHg.

Esto se clasifica en 3 Emergencia hipertensiva: elevación de TA esto viene acompañado de daño o disfunción aguda en los órganos diana, los cuales son el corazón, el cerebro y el riñón. Urgencia hipertensiva: elevación de TA es ausencia de lesión aguda en los órganos diana esta permite una corrección gradual de en el plazo de 24-48 horas y con un fármaco oral. Falsas urgencias hipertensivas: elevación de TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor y no lleva daños en los órganos diana. Tiene como emergencias hipertensivas a Hipertensión arterial acelerada- maligna con papiledema, Cerebrovascular, Hemorragia intracraneal de tratamiento hipotensor, Hemorragia subaracnoidea, Hiperreflexia autonómica tras, Traumatismo craneal.

Para realizar una buena valoración a pacientes con crisis hipertensivas es necesario realizar una historia clínica completa en donde debemos preguntar si el paciente es hipertenso y uso de tratamiento hipotensor, adherencia terapéutica, episodios previos de crisis hipertensivas y estudios previos realizados para descartar HTA secundaria. Así como

también es necesario descartar eclampsia, preclampsia, la gravedad clínica no debe valorarse exclusivamente por las cifras de TA sino por la afectación de los órganos diana, evitar actitudes agresivas ya que un descenso brusco de TA que puede ocasionar isquemia de órganos vitales. Para su tratamiento se se efectuará en el curso de varias horas o días el objetivo es poder lograr una TA 60/100mmhg y recomendar reposo físico.

Los síntomas y signos de de órganos diana en la crisis hipertensivas se clasifican en retinianos los cuales son: visión borrosa, diplopia, edema de papila, los cardiovasculares son: Dolor torácico en la espalda o abdomen, palpitaciones náuseas y vómitos, disnea ortopnea, los renales son: oliguria, hematuria y nicturia, dolor y sensibilidad en el flanco edema periférico, atiga y debilidad, agrandamiento renal. Y los SNC son: cefalea (a veces grave) y náuseas, confusión, cambios visuales, debilidad focal o parestesias, debilidad generalizada, desorientación, déficit neurológicos focales, crisis convulsivas, coma.

Tratamiento de la emergencia hipertensiva: disminuir de forma controlada TAD a cifras de 110/100 mmhg, así también existen varios fármacos de administración parenteral por ejemplo un inhibidor adrenérgico (labetalol o urapidilo) o un vasodilatador (nitroglicerina, nicardipina o nitroprusiato sódico) son alternativas de tratamiento. Para la administración de nitroprusiato se requiere la medición continua de la presión arterial mediante un catéter intraarterial.

Así también existen entidades especiales en emergencia hipertensivas las cuales son: Encefalopatía hipertensiva, Isquemia coronaria, Disección aórtica, Preeclampsia/Eclampsia, HTA maligna (HTAM).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ARRITMIAS LETALES:

Como bien sabemos el marcapasos es quien activa al corazón y para ello al llegar el estímulo a la unión auriculoventricular (AV), la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud (segmento PR). 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.

Estos mecanismos de arritmias se dividen en: Trastornos en la conducción de los impulsos. Trastornos del automatismo. Combinación de ambos. Las arritmias letales son los trastornos del ritmo cardíaco súbito que comprometen la vida.

estas se dividen en: Taquiarritmias Bradiarritmias Cuando las alteraciones Cuando los ritmos son lentos causan ritmos rápidos o o retrasados. Adelantados . 100 latidos x min <60 latidos x min y se clasifican en Asistolia, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular, bloqueo auriculoventricular ,taquicardia supraventricular paroxística. La asistolia se define como la ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio, para el tratamiento Nunca debe desfibrilarse una asistolia, pues la poca posibilidad de recuperación que tiene el miocardio, se ve limitada por el aturdimiento que le produce el choque eléctrico.

Tambien existe la fibrilación ventricular que es una serie desordenada y potencialmente mortal contracciones ventriculares ineficaces muy rápidas, causadas por múltiples impulsos eléctricos caóticos que se manifiestan por desmayo súbito inconsciencia antes del desmayo se puede presentar: Dolor torácico, mareo, náuseas, latidos cardíacos rápidos dificultad para respirar.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INCONSCIENTE:

Esto sucede cuando la persona es incapaz para responder y moverse la mayoría de los medicos lo menciona como un estado de coma, estos estados son llamados estados alterados de la mente o estado mental cambiado. Estos incluyen confusión, desorientación o estupor repentinos. Asi mismo es causado por cualquier enfermedad o lesión o por drogas y alcohol, y pa perdidabreve del conocimiento puede ser causado por deshidratación, glucemia, baja presión arterial, o por problemas del corazon o el sistema nervioso, otras causas del desmayo piede ser por toser fuerte, respirar rapido o por fuerza al defecar.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CONVULSIVO:

Como bien sabemos la epilepsia es un trastorno del cerebro se le denomina así cuando la persona ha tenido mas de una convulsión así también existen varios tipos de epilepsia es muy difícil reconocer si la persona si la persona esta teniendo una convulsión por el tipo de convulsión en donde se nota confundido o como si tuviera la vista fija en algo inexistente. Estas convulsiones se clasiican en 2 grupos #1 la convulsion generalizada que solo afecta a a ambos lados del cerebro y *convulsion de ausencia en donde se nota al parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos.* Las convulsiones tonicoclónicas esta hace que la persona grite, pierda el conocimiento, caiga al piso, tenga rigidez o espasmos musculares.

#2 las convulsiones focales estas solo afectan una parte del cerebro *convulsiones focales simples esto causa sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño. *convulsiones focales complejas hacen que la persona se sienta confundida o aturdida, y no pueden reponder preguntas o recibir instrucciones.* las convulsiones generalizadas secundarias esta comienza en una parte del cerebro y se extiende a ambos lados del cerebro esta puede durar pocos minutos.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR:

Esto ocasiona un deficit transitorio de una o varias partes den encefalo es la segunda causa de mortalidad en nuestro medio y la primera en mujeres y la primera de discapacidad y es la principal atencion neurológica urgente. Su clasificación es 85% isquémicos y 15% hemorrágicos. Los ictus isquemicos se dividen en AIT la cual quiere decir accidentes isquemicos transitorios y el ictus hemorragico se divide en hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea.para su tratamiento unicamente se recomienda la anticoagulación oral como alternativa en pacientes con intolerancia o contraindicación a los antiplaquetarios.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICAS:

Esto es una carencia de insulina que provoca hiperglucemia intensa da lugar a la deshidratacion y a un estado hiperosmolar, una hormona produce hiperglucemia (glucosa a 250), acidosis metabólica, sus causas son errores en el tratamiento ocn insulina, infeccion neumonia urinaria, comienzo de diabetes, stres psicologico, trauma, alcohol y cocaína. Para la evaluacion inicial del paciente que se sospecha de CAD Y DHH es necesario saber si a ingerido medicaciones relacionados con diabetes, utilización de medicamentos, consumo de alcohol, cocaína y extasis, y para las pruebas de laboratorio se requeriran bioquimica y hemograma, cetonas y suero, analisis y cultivo de orina entre otros.

HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS:esta es la complicacion mas frecuente de tratamiento farmacologico en la diabetes se caracteriza por el decenso de la glucemia, esto ocurre por el desbalance que elvan y bajan la glucemia. Estas se clasifican en Hipoglucemia grave. Hipoglucemia sintomática documentada. Hipoglucemia asintomática. Probable hipoglucemia sintomática. Hipoglucemia relativa. La causa de la hipoglucemia en

pacientes diabeticos son exceso de insulina, alteración en la alimentación, alteración de la contrarregulación, Utilización de sulfonilureas. Para su tratamiento tomar pastillas de 15 a 20g de glucosa, 10g de azucar o 2 pastillas de glucosport. Y para pacientes inconcientes tomar Glucagón i.m. O s.c. 0,5 -1 mg.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA:

Se le define hemorragia digestiva a la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Según el origen del sangrado la clasificamos en: *hemorragia digestiva alta la cual se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente).y la *hemorragia digestiva baja Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces). Para el manejo inicial se realiza una breve anamnesis para saber el episodio de hemorragia digestiva.

La hemorragia digestiva alta se clasifica en varicosa es relacionada con hipertensión portal y la no varicosa no se relaciona con la hipertensión portal.y la hemorragia alta no varicosa se recomienda antes y después de la endoscopia, la administración de eritromicina (dosis única de 3mg/kg) previa a la realización de la endoscopia (30 a 90 minutos antes de la endoscopia) promueve el vaciamiento gástrico de los restos hemáticos acumulados. El tratamiento hemostatico solo esta indicado para ulceras con hemorragia activa, vaso visible no sangrante o coágulo adherido.

Para su tratamiento medico se recomienda el 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 (reduce las tasas de recidiva, requerimientos de cirugia y mortalidad en pacientes con vaso visible no sangrante o hemorragia activa).

CONCLUSION

En conclusion decimos que el personal de enfermeria debe estar altamente capacitado para ayudar a las personas cuando lo necesiten y saber realizar cada una de las curaciones que se requieran en su momento y al mismo tiempo saber los farmacos y la cantidad que le aplicara o debera dar al paciente para mejorar su salud y saber que hacer en caso de cardiopatia isquemica,shock emergencia hipertensiva y otras patologias.

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.