



PASIÓN POR EDUCAR

PAOLA DE LEÓN TOMAS

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

LIC. En ENFERMERÍA

**MATERIA: enfermería en urgencias y
desastres**

**7to cuatrimestre Y modalidad
semiescolarizada**

Trabajo: ensayo

Frontera Comalapa, Chiapas a 17 de Octubre de 2021

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención de enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica. Exploración física Signos de disfunción ventricular izquierda: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal, 3R, 4R, crepitantes Signos de disfunción ventricular derecha: IY, RHY, edemas periféricos, hipotensión para poder atender a un paciente debemos de darle un Tratamiento inicial: Signos de riesgo vital, Medidas generales, Tratamiento Fármaco Cloruro mórfico Dosis inicial 4-8 mg IV Pauta de continuación 2-3 mg/ 5-15 minutos hasta analgésico, Tratamiento antiemético, Control glucémico, Vagolíticos Atropina 0,5-1 mg IV Dosis máxima bolo 2 mg 89, Ansiolíticos, 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). Tratamiento de repercusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST. 6. Tratamiento antiagregante y antitrombínico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA, Tratamiento antiagregante y antitrombínico en el SCA según la estrategia de repercusión. La antiagregación debe realizarse por combinación de los fármacos descritos y la anticoagulación mediante una de las opciones propuestas (ordenadas según nivel de recomendación).

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. En su manejo es fundamental mantener una adecuada precarga (utilizar con precaución opiáceos, nitratos, diuréticos e IECA/ARA II). 3. Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico. 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. El manejo agudo específico de cada arritmia se describe en la siguiente tabla: 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: Reparación 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 interventricular: (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. se puede utilizar Tratamiento farmacológico a largo plazo tras un sca como; Fármacos antiagregantes, Fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico, Fármacos antianginosos. Pero al igual forma se puede utilizar 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 galleta.

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 .Los pacientes con SCASEST 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. 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 las variables son Fiebre o hipotermia ($T^a >38^{\circ}c$ ó 90 lpm) , Taquipnea (FR >20 rpm) ,Alteración del estado mental ,Edema significativo o balance hídrico positivo >20 ml/Kg en 24h , Hiperglucemia (>140 mg/dl) en paciente no diabético. Shock Séptico Hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluido, En todos aquellos pacientes en los que se sospeche una infección deben completarse los siguientes estudios: A. Hemograma B. Bioquímica. Tratamiento: En pacientes con hipoperfusión inducida por la sepsis (definida como hipotensión arterial o lactato >4 mmol/L) se recomienda iniciar una resucitación protocolizada y guiada por objetivo, 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. La terapia antibiótica inicial debe establecerse en base a la sospecha clínica, utilizando la pauta más eficaz y a dosis plena para los microorganismos que se quieran tratar. Shock Cardiogénico. Hipotensión arterial: Presión arterial sistólica < 90 mmhg o mayor a expensas de la administración de fármacos inotrópicos positivos o vasopresores. Bajo gasto cardíaco: Índice cardíaco $< 1.8-2-2$ l/min/m² de superficie corporal, Shock

Hipovolémico 115 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 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 este capítulo, 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 (alPodemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo. Algunos consensos actuales hablan de TAD superior a 120 y/o de TAS por encima de 180 mmhg, Emergencia hipertensiva, Urgencia hipertensiva, Falsas urgencias hipertensivas. 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) 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.

Atención de enfermería a pacientes con alteración de la conciencia. Atención de enfermería al paciente inconsciente Sucede cuando una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades, se refieren a esto como estar en coma o estar en un estado comatoso, La pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante. También puede ser causada por el abuso de sustancias (drogas) y alcohol. Atragantarse con un objeto puede resultar en la pérdida del conocimiento de igual manera. 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. Las convulsiones se clasifican en dos grupos: 1. Las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro. Las convulsiones de ausencia, a veces llamadas epilepsia menor o pequeño mal, pueden causar un parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos. Las convulsiones tonicoclónicas, también llamadas epilepsia mayor o gran mal, pueden hacer que la persona: Grite. Pierda el conocimiento. Se caiga

al piso. Tenga rigidez o espasmos musculares. 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.. Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas. 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. 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. 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).

En conclusión puedo decir que en estos temas ay muchos temas a aprender para nosotros de enfermeros para tener diferentes conocimientos de las enfermedades más básicas que haya como la diabetes, hipertensión, shock entre otras, como podemos ayudar a las personas en infartos y reanimación.

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

