

ALUMNA:

GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ CHRISTIANI LISSETH

GRUPO: LEN10SSC0720-A

DOCENTE:

LIC.FRANCISCO MANUEL GOMEZ

ASIGNATURA:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

**SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS A 10 DE OCTUBRE
2022**

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Es la enfermedad ocasionada por la arterosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio)

Síntomas

Algunas personas que tienen isquemia miocárdica no tienen ningún signo o síntoma (isquemia silenciosa).

La isquemia miocárdica ocurre cuando se reduce el flujo sanguíneo por una o más de las arterias coronarias. El menor flujo sanguíneo disminuye la cantidad de oxígeno que recibe el músculo del corazón

Factores de riesgo

algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer isquemia miocárdica son los siguientes:

- *consumo de tabaco
- *diabetes
- *obesidad
- *presión arterial alta
- *colesterol alto
- *triglicéridos altos

- *Dolor de cuello o de mandíbula
- *Dolor de brazo o de hombro
- *Un latido del corazón rápido
- *Dificultad para respirar cuando estás físicamente activo
- *Náuseas y vómitos
- *Sudoración
- *Fatiga

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la isquemia miocárdica es mejorar el flujo sanguíneo al músculo cardíaco. Según la gravedad de la afección, el médico podría recomendar medicamentos, cirugía o ambos

Diagnóstico

El médico comenzará por hacer preguntas acerca de la historia clínica y con un examen físico. Después de eso, el médico podría recomendarte lo siguiente:

- *Aspirina
- *Nitratos
- *Betabloqueantes
- *Ranozalina
- *Cirugía de bypass de la arteria coronaria

- *Electrocardiograma
- *Ecocardiograma
- *Ecocardiograma de esfuerzo
- *Angiografía coronaria
- *Tomografía computarizada cardíaca.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL SHOCK

Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente. Muchos órganos pueden dañarse como resultado de esto.

Causas

Problemas cardíacos (como ataque cardíaco o insuficiencia cardíaca)
Reducción del volumen de la sangre (como con hemorragia profusa o deshidratación)
Cambios en los vasos sanguíneos (como con una infección o una reacción alérgica grave)

Entre los principales tipos de shock están:

Shock cardiogénico (debido a problemas cardíacos).

Shock hipovolémico (causado por muy poco volumen de sangre).

Shock anafiláctico (causado por una reacción alérgica).

Shock séptico (debido a infecciones).

Shock neurógeno (ocasionado por daño al sistema nervioso).

Ciertos medicamentos que reducen significativamente la actividad cardíaca o la presión arterial

Ritmos cardíacos lentos y cambios en el tono de los vasos sanguíneos debido a lesiones en la columna

Un *shock* está a menudo asociado con un sangrado externo o interno profuso debido una lesión seria

Síntomas

Ansiedad o agitación /inquietud
Labios y uñas morados
Dolor torácico
Confusión
Mareos, vértigo o desmayos
Piel pálida, fría y pegajosa

Tratamiento

soporte respiratorio
soporte circulatorio
reposición de volumen
control de sangrado

Diagnostico

Analítica de urgencia
Electrocardiograma
Gasometría
Radiografía de torax

Atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas

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

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.

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.

Síntomas

Retinianos
Visión borrosa
Diplopia

Exudados y hemorragia
Edema de papila
Constricción de arteriolas retinianas
Cardiovasculares
Dolor torácico en la espalda o abdomen
Palpitaciones
Náuseas y vómitos

Emergencias hipertensivas

Hipertensión arterial acelerada-maligna con papiledema.
Cerebrovascular.
Encefalopatía hipertensiva.
Infarto cerebral aterotrombótico con HTA severa.
Hemorragia intracraneal.
Hemorragia subaracnoidea.
Traumatismo craneo.

Tratamiento

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.

Emergencias

Encefalopatía hipertensiva
Isquemia coronaria
Disección aórtica
Preeclampsia/Eclampsia
HTA maligna (HTAM)

*Aspirina

*Nitratos

*Betabloqueantes

*Ranozalina

*Cirugía de bypass de la arteria coronaria

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ARRITMIAS LETALES

Conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular. Cualquier alteración en la generación o propagación de un impulso eléctrico puede conducir a una Arritmia

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en:

1. Trastornos en la conducción de los impulsos.
2. Trastornos del automatismo.
3. Combinación de ambos. Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo

Son trastornos del ritmo cardíaco súbito que comprometen la vida. Son las principales condicionantes de paro cardiorrespiratorio. Duración: 4 min comienza daño cerebral 10 min daño cerebral irreversible. Estas se dividen en: Taquiarritmias Bradiarritmias Cuando las alteraciones Cuando los ritmos son lentos causan ritmos rápidos o retrasados. Adelantados >100 latidos x min <60 latidos x min.

Síntomas

Possible bloqueo o respiración agónica.
Ausencia del pulso o presión arteria.l
Paro cardíaco.
Dolor torácico
Mareo
Náuseas
Latidos cardíacos

Tratamiento

Nunca debe desfibrilarse una asistolia, pues la poca posibilidad de recuperación que tiene, se ve limitada por el aturdimiento que le produce el choque eléctrico.

Diagnostico

EKG CON 12 INTERVALOS

Clasificación:

Asistolia.
Fibrilación ventricular.
Taquicardia ventricular.
Bloqueo auriculoventricular.
Taquicardia supraventricular paroxística.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA.

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.

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.

La escala de coma de glasgow se utiliza en primera instancia en pacientes con traumas craneocefálicos, utilizada para evaluar la respuesta ocular, verbal y motora

Sintomas

Letargia u obnubilación.
Confusión.
Estupor.
Coma.

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.

TRATAMIENTO

Armacológico: catecolaminas, monoaminas, neurotransmisores, péptidos.

Estimulación neuropsicológica: basal, multisensorial, musicoterapia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CONVULSIONES

La epilepsia es un trastorno del cerebro. Se le diagnostica epilepsia a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones.

Las convulsiones se clasifican en dos grupos:

1. Las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro.
2. Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro. Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales.

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.

Las convulsiones focales simples afectan una pequeña parte del cerebro. Estas convulsiones pueden causar sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño.

Las convulsiones generalizadas secundarias comienzan en una parte del cerebro, pero luego se extienden a ambos lados del cerebro.

Las convulsiones focales complejas pueden hacer que la persona con epilepsia se sienta confundida o aturdida. La persona no podrá responder preguntas ni seguir instrucciones por unos pocos minutos.

Tratamiento

Lobectomía (lesionectomía).
Transección subpial múltiple
Callosotomía
Estimulación cerebral profunda

Diagnostico

examen neurológico
Análisis de sangre
Punción lumbar.
electroencefalograma.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

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.

Síntomas

Cambio en la lucidez mental (incluso, somnolencia, pérdida del conocimiento y coma)

Cambios en la audición o en el sentido del gusto

Causas

Accidente cerebrovascular isquémico

Accidente cerebrovascular hemorrágico

Factores de riesgo

Hipertensión arterial.

Fumar cigarrillos o la exposición al humo de segunda mano.

Colesterol alto.

Diabetes.

Apnea obstructiva del sueño.

Enfermedad cardiovascular, que incluye insuficiencia cardíaca, defectos cardíacos, infección cardíaca o ritmo cardíaco irregular, **como** fibrilación auricular.

Cambios que afectan el tacto y la capacidad de sentir dolor, presión o temperaturas diferentes.

Confusión o pérdida de memoria.

Dificultad para deglutir.

Dificultad para leer o escribir.

Tratamiento

Medicamentos intravenosos de emergencia.

Procedimientos endovasculares de emergencia.

Medicamentos administrados directamente en el cerebro

Diagnóstico

El médico comenzará por hacer preguntas acerca de la historia clínica y con un examen físico. Después de eso, el médico podría recomendarte lo siguiente:

Endarterectomía carotídea.

Angioplastia y estents.

Extracción del coágulo con un recuperador de estent.

Análisis de sangre.

Tomografía computarizada.

Imágenes por resonancia magnética (irm).

Angiografía cerebral.

Ecografía de la carótida.

Ecocardiograma.

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.

Se origina a raíz de un déficit de insulina y su consecuente aumento de hormonas contrarreguladoras.

Factores de riesgo

- No administrarse suficiente insulina o no consumir medicamentos por vía oral para tratar la diabetes.
- No inyectarse insulina en forma adecuada o administrarse insulina vencida.
- No seguir el plan de alimentación para la diabetes.
- No realizar actividad física.
- Tener una enfermedad o infección.
- Consumir ciertos medicamentos, como los esteroides.

Diagnostico

Analítica sanguínea: hemograma y bioquímica (glucosa, creatinina, urea, sodio, potasio y osmolaridad).
Elemental de Orina: valorar cuerpos cetónicos.
Gasometría Venosa: ph, HCO₃, CO₂, ácido láctico, anión GAP, cloro.

Síntomas

- Somnolencia.
- Calambres.
- Náuseas y vómitos.
- Respiración Kussmaul.
- deshidratación.

Tratamiento

- Control de nivel de glucosa en la sangre.
- Sustitución de electrolitos.
- Terapia de insulina.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

La pérdida de sangre procedente del aparato digestivo.

Síntomas

Deposiciones negras o con apariencia de alquitrán.

Sangre color rojo vivo mezclada con el vómito.

Calambres en el abdomen.

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).

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).

sangre de color rojo oscuro o vivo mezclada con las heces.
mareo o desmayo.
sensación de cansancio.
palidez.
dificultad respiratoria.

Tratamiento

Por lo general, las hemorragias se detienen por sí solas. De lo contrario, el tratamiento depende del lugar de donde proviene la hemorragia. En muchos casos, es posible administrar medicamentos o realizar un procedimiento a fin de controlar las hemorragias durante algunas pruebas.

Diagnóstico

El médico comenzará por hacer preguntas acerca de la historia clínica y con un examen físico. Después de eso, el médico podría recomendarte lo siguiente:

Análisis de heces.
Lavado nasogástrico.
Colonoscopia.
Endoscopia capsula.
Análisis de sangre.

Por ejemplo, a veces se puede tratar una úlcera péptica hemorrágica durante una endoscopia superior o extirpar pólipos durante una colonoscopia.

Bibliografía

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragia-digestiva#:~:text=El%20tratamiento%20de%20las%20hemorragias,o%20las%20dos%20si%20hace>

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/sangrado-gastrointestinal/sintomas-y-causas>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hyperglycemia/diagnosis-treatment/drc-20373635>

<https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/endocrino/descompensacion-diabetica-cetoacidosis-diabetica/#:~:text=Descompensaci%C3%B3n%20aguda%20de%20la%20diabetes,consecuente%20aumento%20de%20hormonas%20contrarreguladoras.>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/diagnosis-treatment/drc-20350119>

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.

No hay ninguna fuente en el documento actual.