



**NOMBRE DEL ALUMNO: Jessica Hernández Pérez**

**TEMA: Atención de enfermería al paciente con alteraciones de la oxigenación tisular y atención de enfermería a pacientes con alteraciones metabólicas.**

**PARCIAL: I**

**MATERIA: Enfermería en urgencias y desastres**

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

**LICENCIATURA: Enfermería**

**CUATRIMESTRE: 7to**

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

### Atención de enfermería a pacientes con cardiopatía Isquémica.

Clínica de isquemia miocárdica de nueva aparición o que ha cambiado de características en el último mes. Tratamiento inicial del paciente con sca. Monitorización y acceso a medidas de soporte vital

Historia clínica y estudios complementarios dirigidos: Antecedentes Personales, Características del dolor, Exploración física.

Tratamiento inicial

Complicaciones del infarto agudo de miocardio (iam)

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 eco cardiografía.

#### 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, y alguna de las siguientes variables:

Variables generales: Fiebre o hipotermia ( $T^a >38^{\circ}\text{C}$  ó  $<36^{\circ}\text{C}$ ), Taquicardia ( $\text{FC} >90 \text{ lpm}$ ), Taquipnea ( $\text{FR} >20 \text{ rpm}$ ).

Inflamatorias: Leucocitosis ( $>12000/\mu\text{l}$ ), Leucopenia ( $<4000/\mu\text{l}$ ), Desviación izquierda ( $>10\%$  de formas inmaduras).

Disfunción de órganos: Hipoxemia (relación  $\text{po}_2/\text{fio}_2 <300$ ), Oliguria (diuresis  $<0.5 \text{ cc/kg/h}$  durante al menos 2h),

Elevación de Cr  $> 0.5 \text{ mg/dl}$ .

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  $<0.5 \text{ cc/kg/h}$  durante al menos 2h.

shock séptico: hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos. En todos aquellos pacientes en los que se sospeche una infección deben completarse los siguientes estudios: a. hemograma b. bioquímica Incluyendo función renal (creatinina y urea), función hepática (bilirrubina), iones, glucemia.

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/m<sup>2</sup> de superficie corporal.

-Precarga adecuada: presión capilar pulmonar > 15-18 mmhg

-Hipo perfusión tisular

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.

Tratamiento:

El tratamiento del shock hemorrágico gira alrededor de tres aspectos fundamentales:

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.

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

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. Permiten una corrección gradual en el plazo de 24-48 horas y con un fármaco oral.

Síntomas y signos asociados con complicaciones de órganos diana en las crisis:

Hipertensivas: Retinianos o Visión borrosa o Diplopía, Exudados y hemorragias, Edema de papila, Constricción de arteriolas retinianas.

Tratamiento de 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. 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.

Entidades especiales en emergencias hipertensivas

Encefalopatía hipertensiva: síndrome subagudo o agudo que cursa con signos de afectación cerebral difusa (cefalea, náuseas, vómitos, inquietud, confusión, crisis, coma...). El cuadro puede ser rápidamente reversible con tratamiento adecuado.

Isquemia coronaria: está indicado el control progresivo de la ta, manteniendo la ta

Diastólica en 100 mmhg para no reducir el flujo coronario. se utiliza la nitroglicerina, o se puede usar como alternativa el labetalol.

Disecion aórtica: cuadro clínico caracterizado por HTA acompañado de dolor torácico irradiado a espalda sin cambios electro cardiográficos y poca respuesta a solinitrina y morfina. Requiere confirmación radiológica por RX y/o TAC. El tratamiento requiere disminuir la TA (conseguir una TA sistólica de 100-120 mmhg si es tolerada) y la contractilidad cardiaca.

Peeclampsia/Eclampsia: cuadro de HTA severa durante el embarazo. El labetalol urapidil son alternativas válidas para el control de TA. También se puede administrar hidralazina, con la cual se tiene gran experiencia ginecológica, pero debemos tener en cuenta que como efectos colaterales más frecuentes puede producir taquicardia, aumento del gasto cardiaco y Disminución de la perfusión uteroplacentaria.

### Atención de enfermería en arritmias letales.

#### Arritmias cardiacas

El sistema de conducción cardiaca supone un 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 cardiacas se dividen en: trastornos en la conducción de los impulsos, trastornos del automatismo.

#### Reentrada

Una característica especial para clasificar las arritmias por reentrada, es la presencia y el tamaño de una brecha excitable. Las arritmias por reentrada existen en el corazón cuando no hay una brecha excitable y con una longitud de onda de la taquicardia de casi el mismo tamaño de que la longitud de la vía.

Arritmias letales. Son trastornos del ritmo cardiaco 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.

#### Asistolia:

La asistolia se define como la ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio, Representa una isquemia miocárdica por periodos prolongados de perfusión coronaria Inadecuada.

### Atención de enfermería al paciente inconsciente.

Hay otros cambios que pueden ocurrir en el nivel de conciencia de la persona sin quedar Inconsciente. estos son llamados estados alterados de la mente o estado mental cambiado.

#### Causas

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.

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.

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

Los signos de una convulsión dependen del tipo de convulsión.

A veces es difícil saber si una persona está teniendo una convulsión porque quien tiene una convulsión puede parecer confundido o verse como si tuviera la vista fija en algo inexistente.

Las convulsiones se clasifican en dos grupos:

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 focales se localizan en una sola área del cerebro.

Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales: 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.

### Atención de enfermería con enfermedad 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.

Clasificación:

Según la naturaleza lesional se dividen en isquémicos (85%) y hemorrágicos (15%).

Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT (accidentes isquémicos transitorios, con resolución total de la clínica en <24 horas y sin evidencia de lesión en las pruebas de neuroimagen).

El ictus hemorrágico se divide en hemorragia intracerebral (parenquimatosa o Ventricular) y hemorragia subaracnoidea.

Orientación clínica: pérdida de fuerza o sensibilidad en un hemicuerpo, trastorno de la emisión o comprensión del lenguaje con nivel de conciencia conservado, pérdida de visión en un hemicampo o ceguera monocular.

Historia clínica: forma, inicio, progresión de la clínica

Factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de ictus/AIT o coronariopática, consumo de alcohol/tóxicos.

Exploración física y exploración neurológica completa. Se recomienda el uso de escalas como la nihhs/ hunt-hess. Localización de síndromes topográficos.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS.

### Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas.

La DHH aparece cuando una carencia de insulina provoca, Hiperglucemia intensa, que da lugar a deshidratación y a un estado hiperosmolar.

Cetoacidosis diabética:

La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de Hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH) produce: Hiperglucemia (glucosa >250), lipólisis y oxidación de ácidos grasos que producen cuerpos cetónicos (acetona, betahidroxibutirato, y acetoacetato) y acidosis metabólica

Cetoacidosis: causas desencadenantes. Errores en el tratamiento con insulina, Infección, neumonía y urinaria (30-50%), Comienzo de una diabetes (30%), Comorbilidad, IAM, ACV, pancreatitis.

### 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).

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

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. 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, su uso no ha mostrado utilidad en la monitorización de la recidiva ni en la limpieza del estómago previa endoscopia, por lo debe retirarse tras valorar el aspirado gástrico.