



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Mireya López Vázquez.

TEMA: Atención De Enfermería Al Paciente con alteración de oxigenación tisular

MATERIA: Enfermería en urgencia y desastres.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 7mo cuatrimestre.

Conclusión.

Principalmente hablaremos del shock que es principalmente reconocer su presencia. Lo definimos como una anormalidad del sistema circulatorio que va produciendo una inadecuada perfusión de órganos y oxigenación de tejidos misma que podemos identificar la causa probable del estado de shock lo más frecuente es que sea hipovolémico. También puede sufrir un shock cardiogenico. También hablaremos de hemorragia digestiva se dice que ocasiona un numero considerables de admisiones mismo que se asocia a la morbilidad y mortalidad principalmente en personas mayores de 65 años.

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 En los casos de hemorragia masiva la primera manifestación clínica puede ser la aparición de un shock hipovolémico, síncope e incluso ángor.

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. Sin embargo, un aspirado normal no excluye le 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 reflujos pilóricos. 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 debe retirarse tras valorar el aspirado gástrico.

Tratamiento de revascularización en cardiopatía isquémica Cardiopatía isquémica crónica

La enfermedad coronaria crónica estable puede tratarse con tratamiento médico solo o en combinación con revascularización mediante ICP o CABG. La revascularización está indicada si existe un área importante de miocardio isquémico o si persisten los síntomas a pesar de administrar un tratamiento médico óptimo.

Por este motivo, es fundamental una estratificación precoz del riesgo para optar por una estrategia de tratamiento médico o intervencionista coronariografía y revascularización si procede. En el SCACEST hay una relación directa entre la mortalidad y el tiempo que se tarda en abrir la arteria ocluida. Para minimizar los tiempos de actuación y que la reperfusión sea lo antes posible, es fundamental la implementación de una red de atención sanitaria, bien organizada y basada en diagnóstico pre hospitalario.

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

- ❖ Fiebre o hipotermia $>38^{\circ}\text{C}$ ó 90 lpm.
- ❖ Taquipnea (FR >20 rpm)
- ❖ Alteración del estado mental.

Inflamatorias:

- ✚ Leucocitosis >12000
- ✚ Leucopenia (10% de formas inmaduras)
- ✚ Desviación izquierda ($>10\%$ de formas inmaduras)
- ✚ Elevación de PCR y de PCT Variables hemodinámicas.

Disfunción de órganos:

- ✚ Hipoxemia relación po_2/fio_2 0.5 mg/dl
- ✚ Coagulopatía INR >1.5 ó tpta $>60\text{s}$.
- ✚ Trombopenia $<100000/\text{pl}$.

Shock Séptico.

Hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos. Estudios complementarios: En todos aquellos pacientes en los que se sospeche una infección deben completarse los siguientes estudios:

- ✚ Hemograma.
- ✚ Bioquímica.

En caso de tratarse de un paciente portador de un catéter venoso central, obtener una tanda de hemocultivos a través de una punción periférica y una tanda de cada una de las luces del catéter. Obtener resto de muestras en función del foco de sospecha

- Neumonía: esputo/BAS, antigenuria de *Legionellapneumophila* y *S.pneumoniae*, líquido pleural.
- Infección urinaria: sedimento urinario, urocultivo.

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 objetivos.

Control del foco de infección En aquellos casos en los que el foco pueda ser drenado, debe intentarse el control del mismo lo antes posible. Se recomienda optar por aquellas técnicas que, consiguiendo un buen drenaje del foco de infección, sean menos agresivas. El control del foco de realizarse sin interrumpir la resucitación.

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. Se habla de hemorragia masiva cuando se pierde el 50% del volumen sanguíneo en 3 horas o el ritmo de sangrado es mayor de 150 ml/min. El término transfusión masiva hace referencia a la necesidad de transfundir más de 10 CH en 24 horas. Estos términos tienen una mayor utilidad en la práctica clínica que la clasificación anterior. La situación clínica en la que el consumo de O₂ está limitado por el aporte de O₂ se conoce como shock. En el caso del shock hemorrágico, dos son los factores que condicionan el descenso en el aporte de O₂: la hipovolemia, (al generar una disminución del GC); y la anemia. La reposición agresiva de la volemia con fluidos, dirigida a aumentar el GC en el paciente en shock hemorrágico, conlleva un estado de anemia isovolémica, y no es suficiente para restaurar la homeostasis corporal en casos de sangrados importantes. 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), se debe, en parte al consumo de factores de la coagulación secundario a la pérdida de sangre, pero empeora con la hemodilución, la politransfusión y se agrava en situaciones de hipotermia o acidosis

Parámetro Fórmula Contenido arterial de O₂ (cao₂) $(1.34 \times Hb \times saO_2) + (paO_2 \times 0.0031)$ Contenido venoso de O₂ (cvo₂) $(1.34 \times Hb \times svO_2) + (pvO_2 \times 0.0031)$ Aporte de O₂ GC $\times cao_2$ Consumo de O₂ GC $\times (cao_2 - cvo_2)$

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 las medidas a nuestro alcance (diagnósticas y terapéuticas) para conseguirlo. El retraso en alcanzar el control del sangrado se relaciona con una mortalidad significativamente mayor.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS.

Las crisis hipertensivas son elevaciones agudas de la presión arterial que motivan una atención médica urgente. Se definen como una elevación de la TA diastólica superior a 120 ó 130 mmhg y/o de la TA sistólica por encima de 210 mmhg algunos consensos actuales hablan de superior a 120 y/o de TAS por encima de 180 mmhg, aunque esto no es necesario en la práctica clínica

Clasificación.

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. Es necesario un descenso de la presión arterial con medicación parenteral y en el plazo máximo de una hora.

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.

Falsas urgencias hipertensivas: elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor,...y que no conllevan daño en órganos diana. Por lo general no precisan tratamiento específico y ceden al desaparecer el estímulo que las provocó.

Valoración inicial del paciente con crisis hipertensivas Para realizar una adecuada clasificación y manejo de las crisis hipertensivas es necesario realizar una correcta evaluación diagnóstica inicial. Para ello deberemos realizar una historia clínica completa. También es necesario descartar la presencia de enfermedades que puedan desencadenar 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 fármaco Además la realización de un fondo de ojo en el contexto de crisis hipertensiva constituye un dato fundamental para el diagnóstico de hipertensión arterial maligna. El uso de oftalmoscopio debería formar parte de la valoración habitual de las crisis hipertensivas 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.

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

- Retinianos.
- Visión borrosa.
- Diplopía.
- Exudados y hemorragias.
- Edema de papila.
- Constricción de arteriolas retinianas.