



Mi Universidad

ENSAYO

**NOMBRE DEL ALUMNO: ROBLERO CONTRERAS SITLALY
ESTEFANIA**

**TEMA: ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON
ALTERACIONES DE LA OXIGENACION TISULAR Y ATENCION DE
ENFERMERIA CON ALTERACIONES METABOLICAS**

PARCIAL: I

MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIUAS Y DESASTRES

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

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: 7MO CUATRIMESTRE

Introducción

El presente ensayo da a conocer la atención de enfermería que se les da a los pacientes que tienen cardiopatía isquémica, esta se debe a un desequilibrio entre el aporte del oxígeno que obtiene el miocardio.

También se puede mencionar la atención de enfermería a pacientes con shock y los tipos de shock que hay, como lo son el shock hipovolémico, shock cardiogénico, shock séptico, shock anafiláctico y el shock neurogéo.

Así también da a conocer la atención de enfermería que se les da a los siguientes pacientes: pacientes con crisis hipertensiva y como clasificarla si es urgencia o emergencia; los pacientes con arritmias; pacientes inconscientes; pacientes con convulsiones y los tipos de convulsiones que se dividen; pacientes con enfermedades cerebrovasculares; pacientes diabéticos y pacientes con hemorragias digestivas.

Unidad III: Atención De Enfermería Al Paciente Con Alteraciones De La Oxigenación Tisular

3.1 Atención de Enfermería a Pacientes con Cardiopatía Isquémica: La cardiopatía isquémica se debe a un desequilibrio entre el aporte del oxígeno que obtiene el miocardio y la demanda que este realiza, teniendo su origen, normalmente, en la obstrucción arterioesclerótica de una arteria coronaria. Es la principal causa de afectación cardiaca.

Hay dos tipos de cardiopatía isquémica, una es la reversible no se produce muerte celular, pero si existe dolor y disfunción cardiaca; y la otra es la irreversible si se produce muerte celular, considerándose un infarto.

En un electrocardiograma se pueden observar modificaciones hasta tres tipos principales de modificaciones con respecto a un ritmo sinusal normal: Onda Q: Hablaremos de una necrosis transmural si observamos un silencio eléctrico que se refleja mediante una duración de la onda superior a los 0,04 segundos y una profundidad de más de 3mm. Segmento ST: Puede observarse una elevación o un descenso en función del origen de la cardiopatía isquémica. Onda T: Representa la presencia de isquemia, determinando también a que zona afecta si se presenta inversión del segmento ST o si la onda es picuda y simétrica.

Algunas de las causas pueden ser: estenosis de las arterias coronarias, factores que reducen la presión aórtica, aumento de la demanda de oxígeno, reducción del aporte de oxígeno.

El principal síntoma es el dolor coronario, de carácter opresivo o sordo, en la zona precordial o retro esternal, que puede irradiar a mandíbula, cuello o brazo izquierdo.

La mejor forma de diagnosticar una cardiopatía isquémica es la unión de la historia clínica junto con la realización de un electrocardiograma lo más pronto posible y con una determinada bioquímica. Otras pruebas que pueden ayudar a guiar el diagnostico son las ergometrías, los ecocardiogramas, las gammagrafías y, como prueba definitiva para conocer el alcance total de las lesiones, la coronariografía.

Algunos medicamentos para tratar la cardiopatía isquémica es la aspirina, nitratos, betabloqueantes, bloqueante de los canales de calcio, medicamentos para bajar el colesterol, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

3.2 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.

Los shocks se clasifican en:

1. Shock Hipovolémico: Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar. Sus síntomas pueden ser ansiedad o agitación, piel fría y pegajosa, confusión, disminución o ausencia de gasto urinario, debilidad generalizada, piel de color pálido, respiración rápida, sudoración, piel mojada. Su tratamiento es colocar una vía intravenosa en el brazo de la persona para permitir la administración de sangre, productos sanguíneos o líquidos; medicamentos como la epinefrina o norepinefrina pueden ser necesarios para incrementar la presión arterial y la cantidad de sangre bombeada del corazón. El diagnóstico se basa en la historia clínica y los signos que el paciente presenta y que incluyen frecuencia cardíaca alta, frecuencia respiratoria alta, hipotensión arterial, oliguria.

2. Shock Cardiogénico: Se define como un estado de hipoperfusión sistémica ocasionada por falla cardíaca. Sus síntomas pueden incluir problemas respiratorios, incluida respiración rápida y falta de aire severa, venas abultadas en el cuello, piel húmeda y pegajosa, manos y pies fríos, fiebre, pérdida del conocimiento, hinchazón de pies, orinar mucho menos de lo normal o no orinar en absoluto, dolor o presión en el tórax, coma, pulso rápido, mareo, pulso débil, piel pálida y manchada. Los tratamientos pueden incluir fluidos intravenosos, cateterización cardíaca para angiografía coronaria, suministro de oxígeno, ventilación mecánica, dispositivos para soporte mecánico circulatorio, medicamentos como vasopresores, para contraer los vasos sanguíneos y elevar la presión sanguínea. Su diagnóstico se basa en la medición de la presión arterial, electrocardiograma, radiografía de tórax, análisis de sangre, ecocardiograma, angiografía.

3. Shock Séptico: Es una afección mortal ocasionada por una infección grave localizada o sistémica que requiere atención médica inmediata. Los síntomas incluyen presión arterial baja, brazos y piernas fríos y pálidos, temperatura alta o muy baja, escalofríos, sensación de mareo, disminución o ausencia del gasto urinario, frecuencia cardíaca rápida, dificultad para respirar, palpitaciones, disminución en el estado mental y confusión. El tratamiento puede incluir respirador, diálisis, medicamentos para tratar la presión arterial baja, la infección o la

coagulación de la sangre, alto volumen de líquidos administrados directamente en la vena, oxígeno, sedantes, cirugía para drenar las zonas infectadas, en caso de ser necesario, antibióticos u otros agentes virales o por hongos. El diagnóstico es en primer lugar clínico, combinado con los resultados del cultivo que muestran la infección.

Para definir el shock séptico se definirá los siguientes conceptos:

a) Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS): Se define como la presencia de dos o más de los siguientes criterios: temperatura corporal $>38.5^{\circ}\text{C}$ o $<35^{\circ}\text{C}$, frecuencia cardiaca >100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto o $\text{pCo}_2 <32$ mmHg, leucocitos totales $>12,000/\text{mm}^3$ o $<4,000/\text{mm}^3$ o la presencia de formas inmaduras $>10\%$.

b) Sepsis: Presencia de SRIS mas una infección documentada o sospechada.

c) Sepsis Severa: Sepsis asociada a disfunción orgánica, hipoperfusión o hipotensión manifestada por: áreas de piel cianóticas, llenado capilar >3 segundos, gasto urinario $<0.5\text{ml/kg}$ por al menos 1 hora o necesidad de terapia de reemplazo renal, lactato $>2\text{mmol/L}$, cambios abruptos en el estado metal o electroencefalograma anormal, cuenta plaquetaria $<100,000/\text{ml}$ o coagulación intravascular diseminada, lesión pulmonar aguda/Síndrome de distrés respiratorio, disfunción cardiaca por ecocardiograma.

4. Shock Anafiláctico: Este tipo de shock es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno. Las sustancias que son capaces de producirlo son numerosas y entre ellas se incluyen antibióticos, anestésicos locales, contrastes yodados, antiinflamatorios no esteroideos, hemoderivados, venenos animales, algunas hormonas, dextrano, analgésicos narcóticos, protamina, hierro parenteral, heparina y determinados alimentos. Los síntomas pueden ser erupción cutánea, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, frecuencia cardiaca alta, dificultad para tragar, hinchazón de cara, ojos y lengua, urticaria, picazón, enrojecimiento de la piel, pérdida del conocimiento, desmayo, presión arterial baja. El tratamiento puede ser la epinefrina, oxígeno, antihistamínicos y cortisona intravenosos, un agonista beta como el albuterol. Para ayudar a confirmar el diagnóstico se podrían hacer un análisis de sangre para medir la cantidad de determinada enzima triptasa que puede seguir estando en niveles elevados hasta tres horas después de la anafilaxia, también se podrían hacer exámenes para detectar alergias mediante pruebas en la piel o análisis de sangre para determinar el desencadenante.

5. Shock Neurógeno: Es una condición en la que no hay suficiente flujo sanguíneo en el cuerpo debido a la pérdida repentina de las señales del sistema nervioso simpático, el cual

está encargado de mantener el tono muscular normal en las paredes de los vasos sanguíneos. Cuando esto ocurre, los vasos sanguíneos se relajan y se dilatan, dando lugar a la acumulación de sangre en el sistema venoso y a una disminución general de la presión arterial. Esto puede deberse a una complicación por una lesión en el cerebro o en la medula espinal, produciéndose una desconexión entre el cerebro y el sistema nervioso autónomo. Es una afección potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata para prevenir daños irreversibles en los tejidos o incluso la muerte del paciente. hay varios tipos de shock, sin embargo, el neurogénico es considerado como el más difícil de manejar debido al posible daño irreversible de los tejidos. los síntomas pueden ser: hipotensión, hipotermia, bradicardia, cambios en el estado mental o confusión y desorientación, ansiedad, miradas en blanco o los ojos mirando a la nada, sin respuesta a los estímulos, baja o ninguna cantidad de orina, sudoración excesiva, decoloración azulada de los labios y los dedos, dolor torácico significativo, inconsciencia. Su tratamiento es la inmovilización de la columna vertebral, el ingreso hospitalario urgente, la administración de líquidos intravenosos con el fin de establecer los valores y para la bradicardia grave se suele administrar atropina o un marcapasos si es necesario. En el caso de que haya habido un déficit neurológico, la dosis alta de metilprednisolona puede administrarse dentro de las ocho horas siguientes a la aparición del shock neurogénico. El diagnóstico de shock neurogénico es posible a través de las siguientes pruebas: exploración por tomografía computarizada (TC), rayos X, imágenes por resonancia magnética (IRM).

3.3 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 pueden clasificar en 3 grupos de diferente pronóstico y manejo:

- 1. Emergencia Hipertensiva:** Elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana que es el corazón, cerebro, riñón, ojos, sistema circulatorio.
- 2. Urgencia Hipertensiva:** Elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital.
- 3. Falsas Urgencias Hipertensivas:** Elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor y que no conlleven daño en órganos diana.

El tratamiento de la urgencia hipertensiva consiste en la corrección de la TA mediante fármacos orales y vigilancia ambulatoria. Y el tratamiento en emergencia hipertensiva se trata en el hospital, el médico le dará medicamentos a través de una vena con el objetivo de bajar su presión arterial, deberá seguir dieta baja en sal y bajar de peso. Algunos fármacos

pueden ser captopril, atenolol, labetalol, furosemida, nifedipino retard, amlodipino, felodipino, nitroprusiato sódico, nitroglicerina, urapidilo, esmolol, nicardipino, enalaprilato, ampino, urapidil, entre otros.

Los métodos para el diagnóstico son: la anamnesis, valoración, laboratorios, pruebas completas, examen de la vista.

Las siguientes situaciones especiales pueden requerir modificaciones en la pauta recomendada: encefalopatía hipertensiva, isquemia coronaria, disección aórtica, preeclampsia/eclampsia, HTA maligna.

3.4 Atención de Enfermería en Arritmias Letales: Son trastornos del ritmo cardiaco súbito que comprometen la vida. Son las principales condiciones de paro cardiorrespiratorio.

Estas se dividen en taquiarritmias, bradiarritmias cuando los ritmos son lentos causan ritmos rápidos o retrasados. Adelantados >100 latidos por minuto o <60 latidos por minuto.

Se clasifican en: asistolia, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular, bloqueo auriculoventricular, taquicardia supra ventricular paroxística.

Los mecanismos responsables de las arritmias cardiacas se dividen en: trastornos en la conducción de los impulsos, trastornos del automatismo y la combinación de ambos.

Las manifestaciones clínicas pueden ser: posible bloqueo o respiración agónica, ausencia del pulso o presión arterial, paro cardiaco, características en EKG frecuencia: ausente ritmo: ausente Onda P: ausente Complejo QRS: ausente intervalo PR: ausente.

3.5.1 Atención de Enfermería al Paciente Inconsciente: Sucede cuando una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades.

Las causas pueden ser: la pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante. También puede ser causada por el abuso de sustancias y alcohol. Atragantarse con un objeto puede resultar en la pérdida del conocimiento de igual manera. La pérdida del conocimiento breve 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. El medico determinara si a persona afectada necesita practicarse exámenes.

Otras causas de los desmayos abarcan hacer un esfuerzo intenso durante la defecación, toser muy fuerte o respirar muy rápido.

3.5.2 Atención de Enfermería al Paciente Convulsivo: La epilepsia es un trastorno del cerebro. Se le diagnostica a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones. Existen muchos tipos de convulsiones.

Las convulsiones se clasifican en dos grupos:

- 1. Convulsiones generalizadas:** convulsiones de ausencia, convulsiones tonicoclónicas.
- 2. Convulsiones focales:** convulsiones focales simples, convulsiones focales complejas, convulsiones generalizadas secundarias.

Estas palabras se utilizan para describir una convulsión generalizada:

- **Tónica:** Los músculos del cuerpo se ponen rígidos.
- **Atónica:** Los músculos del cuerpo se relajan.
- **Mioclónica:** Sacudidas cortas en partes del cuerpo.
- **Clónica:** Periodo en que las partes del cuerpo tiemblan o se sacuden.

3.5.3 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 y la primera de discapacidad y siendo uno de los principales motivos de atención neurológica urgente.

Según la naturaleza se clasifican en:

- **Ictus Isquémicos:** Según su evolución se divide en AIT (Accidentes Isquémicos Transitorios) e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral.
 - **Ictus Hemorrágico:** Se divide en hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea.
- Ante un ICTUS: 1. Orientación clínica, 2. Historia clínica, 3. Exploración física y exploración neurológica completa, 4. Pruebas a realizar en urgencias, 5. Decisión de ingreso.

Unidad IV: Atención de Enfermería a Pacientes con Alteraciones Metabólicas

4.1 Atención de Enfermería con Descompensaciones Diabéticas: Representa dos desequilibrios metabólicos diferentes que se manifiestan por déficit de insulina e hiperglucemia intensa.

CETOACIDOSIS DIABETICA: La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contra reguladoras produce: a) hiperglucemia, b) lipólisis y oxidación de ácidos grasos que producen cuerpos cetónicos y c) acidosis metabólica con anión GAP elevado. Las causas desencadenantes son: errores en el

tratamiento de insulina, infección, neumonía y urinaria, comienzo de una diabetes, comorbilidad, IAM, ACV, pancreatitis, medicación hiper-glucemiante, stress psicológico, causa desconocida. La CAD puede producirse en un periodo de 24 horas. Sus manifestaciones clínicas son: sed y polidipsia, poliuria, fatiga, pérdida de peso, anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, calambres musculares. El tratamiento consiste en lo siguiente: líquidos, sustitución de electrolitos, terapia de insulina.

SINDROME DE HIPERGLUCEMIA HIPEROSMOLAR: La SHH aparece cuando una carencia de insulina provoca hiperglucemia intensa, que da lugar a deshidratación y a un estado hiperosmolar. Sus manifestaciones clínicas son: deshidratación grave, hipotensión, taquicardia, alteración de la conciencia, convulsiones, pérdida de peso, hemiparesia, hemianopsia. Al inicio del tratamiento, el objetivo es corregir la pérdida de agua. Esto mejorara la presión arterial, la producción de orina y la circulación. El azúcar en la sangre también desciende. Los líquidos y el potasio se administrarán a través de una vena. Esto se debe hacer con cuidado. El nivel alto de glucosa se trata con insulina administrada por vía intravenosa.

4.2 Atención de Enfermería con Hemorragia Digestiva: Se define hemorragia digestiva con la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Según el origen del sangrado se clasifica en:

- **Hemorragia Digestiva Alta (HDA):** Sangrado por encima del ángulo de Treitz. Sangrado del esófago estómago, duodeno.
- **Hemorragia Digestiva Intermedia (HDI):** Sangrado en el resto del intestino delgado.
- **Hemorragia Digestiva Alta (HDB):** Sangrado distal al ángulo de Treitz. Sangrado proveniente del colon.

Para tratar el sangrado intestinal se inyectan medicamentos en el sitio del sangrado, se trata el sitio de sangrado y el tejido circundante con una sonda de calor, una corriente eléctrica o un láser, se sierran los vasos sanguíneos afectados con una banda o un clip.

Las causas pueden ser: fisura anal, hemorroides, cáncer de colon, cáncer del intestino delgado, cáncer del estómago, pólipos intestinales, vasos sanguíneos anormales en el revestimiento de los intestinos, divertículo sangrante o divertículos, enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa, varices esofágicas, esofagitis, ulcera gástrica, intususcepción, lesión por radiación al intestino, desgarro de Mallory-Weiss, divertículo de Meckel.

Conclusión

Mi conclusión es que pude aprender más sobre estos temas ya que nos ayuda a tener más conocimiento de cada enfermedad del paciente adulto, a cómo tratar cada una de las enfermedades, su sintomatología, sus causas, el diagnóstico y como valorar cada enfermedad de nuestro paciente.

En general cada uno de estos temas son de suma importancia ya que nos ayuda en nuestra profesión de enfermería.

Bibliografía

Libro de Consulta