NOMBRE DEL ALUMNO:

IVÁN CRUZ MORENO

NOMBRE DEL PROFESOR:

LUDBI ISABEL ORTIZ PEREZ

LICENCIATURA:

EN ENFERMERÍA

7TIMO CUATRIMESTRE GRUPO "C"

MATERIA:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

NOMBRE DEL TRABAJO:

CUADRO SINÓPTICO

"ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTECON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION"

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS A 06 DE DICIEMBRE DEL 2020.

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION 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

Alergias. FRCV: DM2, HTA, DL, OB. Hiperuricemia. Cardiopatía previa.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

Descripción, localización e irradiación Desencadenantes del dolor como es en el ejercicio y estrés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos de disfunción ventricular izquierda: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal.

MEDIDAS GENERALES

Monitorización, medidas de soporte vital y accesos vasculares.

SIGNOS DE RIESGO VITAL

- Isquemia miocárdica aguda
- Inestabilidad hemodinámica
- Insuficiencia respiratoria

FÁRMACOS EN EL MANEJO INICIAL DEL SCA.

- ✓ **Analgésico se usa cloruro mórfico**
- ✓ **antiemético se usa metoclopramida**
- ✓ **Glucémico se usa insulina rápida.**

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Disfunción ventricular izquierda: Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad.

INFARTO DE VENTRÍCULO DERECHO.

Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. El diagnostico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía.

COMPLICACIONES MECÁNICAS

Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico, unas de las complicaciones serian rotura de la pared libre entre otras.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK.

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

INFLAMATORIAS

Leucocitosis (>12000/µl), Leucopenia (10% de formas inmaduras), Elevación de PCR y de PCT.

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, Estudio de coagulación, Gasometría arterial (si insuficiencia respiratoria).

TRATAMIENTO

En pacientes con hipo perfusión inducida por la sepsis (definida como hipotensión arterial o lactato >4 mol/L) se recomienda iniciar una resucitación protocolizada y guiada por objetivos.

SOPORTE VASO PESOR

En caso de no respuesta a fluido terapia, se recomienda iniciar vas opresores. Se recomienda la noradrenalina, dosis ajustada para tam 65-70 mmhg, como vas opresor de elección.

FLUIDOTERAPIAS

En pacientes con hipotensión marcada o en aquellos en los que se considere necesaria una resucitación más rápida o agresiva, se pueden emplear coloides. En caso de emplear coloides, debemos evitar la administración de almidones.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

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, considerando la dosis y vía de administración en función de la localización de la infección.

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION TISULAR

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.

EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Hipertensión arterial acelerada maligna con papi edema.

Cerebrovascular, Encefalopatía hipertensiva.

LAS CARDIACAS Y LAS RENALES.

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.

TRATAMIENTO DE LA URGENCIA HIPERTENSIVA

El objetivo terapéutico inicial no es la normalización de la TA, sino alcanzar unas cifras de TA ≤ 160/100 mmhg en el curso de varias horas o días.

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.

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.

ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN

La activación ventricular se traduce en el electrocardiograma (ECG) mediante el complejo QRS, finalmente se inscribe la onda T que nos traduce la re polarización ventricular.

ARRITMIAS CARDIACAS

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en:

Trastornos en la conducción de los impulsos, Trastornos del automatismo, Combinación de ambos, Alteraciones en el inicio del impulso y Automatismo.

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.

Los médicos a menudo se refieren a esto como estar en coma o estar en un estado comatoso.

La pérdida del conocimiento y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben tratarse como una emergencia.

CAUSAS

La pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante

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.

El médico determinará si la persona afectada necesita practicarse exámenes.

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

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACION TISULAR

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. Una persona con epilepsia puede tener más de un tipo de convulsiones

LOS SIGNOS DE UNA CONVULSIÓN DEPENDEN DEL TIPO DE CONVULSIÓN.

Otras convulsiones pueden hacer que la persona se caiga, tiemble y no se dé cuenta de lo que sucede a su alrededor.

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.

LAS CONVULSIONES TONICOCLÓNICAS

- Grite
- Pierda el conocimiento
- Se caiga al piso
- Tenga rigidez o espasmos musculares.

Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro. Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales

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.

Las convulsiones generalizadas secundarias comienzan en una parte del cerebro, pero luego se extienden a ambos lados del cerebro. En otras palabras, la persona primero tiene una convulsión focal, seguida de una convulsión generalizada.

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.

CLASIFICACIÓN

Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral.

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

ANTE UN ICTUS

SÍNDROMES ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR

Paresia de la pierna y pie contralateral, desviación ocular al lado de la lesión, incontinencia urinaria, afasia motora.

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

Hemianopsia homónima contralateral, síndrome talámico anestesia contralateral, hiperpatía, mano talámica.

ARTERIA COROIDEA ANTERIOR

Síndrome motor puro contralateral sin afectación del lenguaje, ni otras funciones motoras superiores, hemihipoestesia y hemianopsia.

PREVENCIÓN:

Únicamente se recomienda la anticoagulación oral como alternativa en pacientes con intolerancia o contraindicación a los anti plaquetarios, fracaso terapéutico de estos o coexistencia con cardiopatía embolica.