



Nombre del alumno: Gerardo Camacho Solís

**Nombre del profesor: Mahonrry de Jesús
Ruiz Guillen**

Actividad: “Ensayo”

Materia: Enfermería en Urgencias y Desastres

Carrera: Licenciatura en enfermería

Grado: 5 Grupo: A

En este presente trabajo se trabajó con una literatura proporcionado por la universidad UDS en el cual se trataba del tema ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACIÓN TISULAR para poder entender de manera precisa y correcta a los lectores se habla de una manera general para comprensión adecuada, se tratan temas de interés dentro de ellas definiciones para ampliar el campo de intelecto.

Se conocen las Complicaciones del infarto agudo de miocardio, como toda enfermedad que se ha buscado una solución, tiene tratamientos que se conocerán en la lectura, como son el Tratamiento farmacológico a largo plazo, Tratamiento de revascularización en cardiopatía isquémica, atención de enfermería en el shock, Emergencias hipertensivas, Tratamiento de la urgencia hipertensiva, atención de enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas. Atención de enfermería con descompensaciones diabéticas. Tratamiento endoscópico.

Qué son los que se conocen hasta la actualidad, que han sido de ayuda o aporta al conocimiento médico. Por último se percata en las acciones que realiza el enfermero para poder realizar su tratamiento.

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

La atención de enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica, se trata y se puede relatar de una Clínica de isquemia miocárdica de nueva aparición o que ha cambiado de características en el último mes. De tal forma que el tratamiento inicial en personas con sca se dividen en 7 partes que son; la Monitorización y acceso a medidas de soporte vital: en este se checan signos vitales para poder darle la atención requerida. Historia clínica y estudios complementarios dirigidos: estos se realiza una serie de estudios para poder tener conciencia de lo que tiene (Antecedentes personales, Características del dolor, Exploración física, ECG, Datos analíticos, Rx Tórax, Ecocardiografía. se busca tratamiento de los cuales existen: el Tratamiento inicial: Signos de riesgo vital y Medidas generales. Estratificación del riesgo: es una herramienta requerida y fundamental ECG, diferenciando de la SCACEST (con elevación y sin elevación), Tratamiento de reperfusión urgente: debe ser planteado todo en SCACEST., Tratamiento antiagregante y antitrombótico: debe ser diagnosticado precozmente en SCA, Bloqueo neuro hormonal y tratamiento anti isquémico. En base a esto se explica de manera puntual los temas de interés de la literatura.

Complicaciones del infarto agudo de miocardio (iam)

- Disfunción ventricular izquierda: Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad.
- Infarto de ventrículo derecho: El diagnostico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía.
- Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico.

- Arritmias: En todos los pacientes isquémicos deben mantenerse niveles de potasio >4 meq/L y magnesio >2 meq/L a fin de minimizar el riesgo de arritmias.
- Pericarditis postinfarto: El dolor producido por la pericarditis se distingue porque es muy agudo y está relacionado con la postura y la respiración.
- Angina postinfarto: Reparición de dolor torácico anginoso o signos de isquemia (en la fase temprana postinfarto (entre las primeras 24 horas y el primer mes).
- Trombosis intraventricular: (10-40% de los IAM de localización anterior).

Tratamiento farmacológico a largo plazo tras un sca

- Fármacos antiagregantes: la aspirina es uno de los asociados con los siguientes: clopidogrel, Prasugrel y ticagrelor y se utiliza en Durante 12 meses en todos los pacientes que no tengan alto riesgo hemorrágico.
- Fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico: Todos los pacientes que sufren o pasan por SCA se utiliza un beta bloqueante.
- Fármacos antianginosos: Ivabradina \pm nitratos \pm amlodipino o nifedipino retard, Ivabradina verapamilo o diltiazem.
- Tratamiento no farmacológico a largo plazo tras un sca: Reducir el consumo de carne roja, dulces y snacks, azúcares añadidos como el que contienen las bebidas, zumos y galletas. Aumentar el consumo de frutas, hortalizas y lácteos con bajo contenido de grasa.
- Objetivos del control de factores de riesgo: Presión arterial 130-135/80-85 mmhg ♣ Colesterol LDL < 100 mg/dl (< 70 en diabéticos) ♣ Triglicéridos < 150 mg/dl ♣ Glucosa basal < 110 mg/dl y hba1c 6-7% IMC < 25 kg/m²

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.

Hasta estos puntos se llega a crear la duda de donde entran los enfermeros y de esta manera se desglosa la atención de enfermería puntualmente en cada caso.

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.

Variables generales:

- Fiebre o hipotermia ($T^a >38^{\circ}\text{c}$ ó 90 lpm)
- Taquipnea (FR >20 rpm)
- Alteración del estado mental
- Edema significativo o balance hídrico positivo >20 ml/Kg en 24h
- Hiperglucemia (>140 mg/dl) en paciente no diabético

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 2.0 mg/dl
- Lesión pulmonar aguda con $\text{po}_2/\text{fio}_2 < 22$ mg/dl
- Plaquetas < 1.5)

Estudios complementarios:

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. C. Estudio de coagulación D. Gasometría arterial (si insuficiencia respiratoria) o venosa E. Lactato F. Procalcitonina y proteína C reactiva G. Estudios microbiológicos.

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.

Shock Cardiogenico

Definición

- 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/m² de superficie corporal.
- Precarga adecuada: presión capilar pulmonar $> 15-18$ mmhg 4. Hipoperfusión tisular

Manejo

- Medidas generales:
 - Oxigenoterapia para mantener una saturación de O₂ (sao₂) de al menos 90%.
 - Valorar la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica para corregir la hipoxemia y disminuir el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno.
- Monitorización Es aconsejable monitorizar (además del electrocardiograma, la sao₂ y la tensión arterial de forma continua) el gasto cardíaco y las presiones o los volúmenes de

llenado cardíacos. El ecocardiograma, además de emplearse para el diagnóstico de la causa del shock, nos sirve para la monitorización del gasto cardíaca

- Vasopresores e inotrópicos: se considera a la adrenalina como un vasopresor de segunda línea, cuando la respuesta a los fármacos de primera línea no es satisfactoria.
- 4. Asistencia mecánica La asistencia mecánica se recomienda si el soporte farmacológico no es suficiente para mantener la correcta perfusión de órganos.

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 (algunos consensos actuales hablan de TAD superior a 120 y/o de TAS por encima de 180 mmhg, aunque esto no es necesario en la práctica clínica).

Emergencias hipertensivas

Hipertensión arterial acelerada- maligna con papiledema, Cerebrovascular, Exceso de catecolaminas circulantes, Cardíacas, Renales, Eclampsia, Quirúrgicas, Quemados severos, Epistaxis severa.

Tratamiento de la urgencia hipertensiva

En esta situación el descenso de la TA se efectuará en el curso de varias horas o días. El objetivo terapéutico inicial no es la normalización de la TA, sino alcanzar unas cifras de TA \leq 160/100 mmhg en el curso de varias horas o días, es fundamental evitar descensos bruscos o hipotensión por el riesgo de isquemia aguda.

Atención de enfermería en arritmias letales

Actividad eléctrica del corazón, Arritmias cardíacas, Arritmias cardíacas, Reentrada, Anomalías en la conducción de impulso, Arritmias letales.

Asistolia

Definición 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 a pacientes con alteración de la conciencia

Atención de enfermería al paciente inconsciente.

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. Atragantarse con un objeto puede resultar en la pérdida del conocimiento de igual manera

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.

Descompensación hiperglucémica hiperosmolar:

Clínica Instauración más insidiosa (días o semanas) con debilidad, poliuria, polidipsia y alteración del nivel de conciencia y disminución de ingesta de líquidos. Se debe sospechar siempre en ancianos con deterioro del nivel de conciencia, focalidad neurológica aguda, deshidratación y shock. FOSFATO: La administración de fosfato estaría indicada en pacientes con insuficiencia cardíaca o insuficiencia respiratoria o en aquellos pacientes con una

concentración de fosfato sérico inferior a 1.0 mg/dl. Cuando es necesario se recomienda la administración de 20-30 meq/l de potasio monofosfato.

Atención de enfermería con hemorragia digestiva Hemorragia digestiva alta

La HDA se clasifica fundamentalmente en varicosa (la relacionada con la hipertensión portal) y no varicosa (no relacionada con la hipertensión portal).

Tratamiento endoscópico:

El diagnóstico de HDA se completa con la realización de una endoscopia digestiva alta, con una sensibilidad y especificidad superior al 95%. La recomendación es que en los casos graves se lleve a cabo en cuanto se consiga la estabilidad hemodinámica del paciente, y en el resto dentro de las 12-24 horas siguientes (de forma ideal antes de transcurridas 6 horas).

La presentación de este trabajo se concluye en el razonamiento diagnóstico que realiza un trabajador de médico en la atención del paciente. Este trabajo se basa en el modelo AREA, el cual constituye una herramienta en la identificación y jerarquización de las necesidades alteradas y por tanto para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros, lo que en conjunto permite proporcionar cuidados de enfermería precisos, oportunos y con un sustento científico, que contribuyen en la recuperación de la salud de la persona o bien atenúan las posibles complicaciones de su padecimiento.

Se observa cada tratamiento, como también la intervención en el tratamiento a los enfermeros, es necesario que el lector conozca esta información ya que se concluye que es de fácil aprendizaje dado a que se expresa la escritura de manera puntual y específico haciendo que sea más digerible para el lector.