



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: Abner Uribe Hernández Méndez

TEMA: atención de enfermería al paciente con alteraciones de la oxigenación tisular

PARCIAL: Semi escolarizado

MATERIA: enfermería en urgencias y desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez

LICENCIATURA: enfermería

CUATRIMESTRE: 7

INTRODUCCION

Desarrollar la orientación didáctica hacia los aspectos de la promoción de la salud, su fomento y protección, más que centrarlos en prevención y restauración de la enfermedad.

- Lograr que los alumnos conozcan los procesos vitales de la vida humana y los comprendan, los sistemas de valores; los mecanismos que respondan los problemas y necesidades de la comunidad, las causas primarias o determinantes sociales que los originan, para poder contribuir a la solución de los mismos.

- Instruir al alumno en el estudio de la historia natural del proceso salud-enfermedad, comenzando por el conocimiento de la familia sana en su medio social, pasando por el estudio de los factores de riesgo que producen la aparición del proceso morboso, la invalidez y la disfunción social, y finalmente los métodos y técnicas de cuidados enfermeros para paliar y, en su caso, restituir la salud

Entender y adecuarse a las necesidades y problemas de salud con los que se va a encontrar, para dar respuesta adecuada a los problemas identificados de acuerdo con los recursos existentes.

- Desarrollar un respeto por la libertad del usuario, sus decisiones y modo de vida, ofreciendo alternativas aceptables para el individuo o grupo

Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud.

ESARROLLO

La cardiopatía isquémica, es un trastorno en el que parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno; surge de manera específica cuando hay un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad de él por dicha capa muscular. Lo anterior es denominado como isquemia y es la responsable de la angina de pecho o ángor. La disminución del flujo sanguíneo en las arterias coronarias es debida casi siempre a la aterosclerosis, que provoca una reducción progresiva del calibre interno de las arterias coronarias, y que también puede afectar a vasos de otras partes del organismo

se considera que los países en vías de desarrollo están experimentando una epidemia emergente en la mortalidad por cardiopatía isquémica, como la observada en México en los últimos años del siglo pasado. Los factores constitucionales que tienen relación con este problema pero no son tan determinantes se incluyen la edad, sexo y antecedentes familiares; y los factores adquiridos: Hiperlipidemia, Hipertensión y el tabaquismo.

El proceso de atención enfermero es la base del ejercicio de todo profesional en enfermería ya que aplica el método científico en la práctica asistencial para los cuidados del paciente, familia y comunidad.

Exploración física, Signos de disfunción ventricular izquierda: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal, 3R, 4R, crepitantes Signos de disfunción ventricular derecha: IY, RHY, edemas periféricos, hipotensión.

Tratamiento. Cloruro mórfico Dosis inicial 4-8 mg IV Pauta de continuación 2-3 mg/ 5-15 minutos hasta analgésico control del dolor.

Meperidina (Dolantina ®) 25-50 mg IV Dosis máxima 50mg/4h IV

Tratamiento antiemético, metoclopramida (Primperán ®). 5 – 10 mg IV Dosis máxima 10mg/6h IV Ondansetrón (Zofran ®)4-8 mg IV Dosis máxima 8mg/8h IV

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL SHOCK.

El shock es un síndrome caracterizado por el desequilibrio entre la demanda y oferta de oxígeno y nutrientes a los tejidos, ya sea por inadecuado aporte o por mala utilización a nivel celular.

De forma genérica el shock se define como un estado patológico, desarrollado de forma aguda, en el que los tejidos están insuficientemente perfundidos.

Aunque puedan tener origen distinto, una vez que el cuerpo entra en estado de shock hay signos y síntomas generales que revelan que el problema inicial se ha agravado y el accidentado efectivamente ha entrado en shock.

El principal signo que llama la atención en un shock es que la presión arterial es muy baja, acompañada de un pulso muy rápido pero débil.

El afectado siente ansiedad y agitación, y temblores.

Presencia de cianosis, es decir, mucosas (labios y encías) y uñas azuladas. Se produce como consecuencia del bajo aporte de oxígeno.

Escalofríos. La piel está húmeda y pálida, como de color grisáceo, y hay sudoración abundante.

Respiraciones lentas y superficiales. También puede ocurrir el caso contrario, rápido y profundo, lo que dará lugar a hiperventilación.

Síntomas neurológicos, como mareos, vértigo, desmayos e incluso pérdida de conocimiento. También son frecuentes los vómitos.

Dolor torácico y dificultad para respirar.

Clasificación se conoce como

Hipovolémico, distributivo, cardiogénico, obstructivo

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

el retraso en el inicio de un tratamiento antibiótico adecuado se relaciona con una mayor mortalidad, por lo que el tratamiento antibiótico empírico, de amplio espectro y precoz es una parte fundamental del tratamiento. 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 y atendiendo también a su penetrancia y distribución

Se recomienda también recoger, siempre que sea posible, otras muestras biológicas para el estudio microbiológico, según el foco sospechado. Aunque es preferible obtener todas las muestras antes de iniciar el tratamiento antibiótico, esto no debe suponer un retraso significativo en el inicio del tratamiento

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.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN 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 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

URGENCIAS HIPERTENSIVAS 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.

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. En la anamnesis debemos preguntar por la presencia de historia previa de hipertensión arterial (HTA): tiempo de evolución, severidad, uso de tratamiento hipotensor, adherencia terapéutica, episodios previos de crisis hipertensivas y estudios previos realizados para descartar HTA secundaria. También es necesario descartar la presencia de enfermedades que puedan desencadenar una 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 fármacos hipotensores de acción corta como betabloqueantes y clonidina.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RITMIAS LETALES

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 (la activación auricular determina la onda P del electrocardiograma). Al llegar el estímulo a la unión auriculoventricular (AV), la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud (segmento PR). La activación ventricular se traduce en el electrocardiograma (ECG) mediante el complejo QRS, finalmente se inscribe la onda T que nos traduce la repolarización ventricular.

El sistema de conducción cardíaca supone un conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular

Anomalías en la conducción de impulso: Reentrada A diferencia de la reentrada de brecha excitable, no hay un circuito anatómico constante en la reentrada del círculo directriz y por lo tanto no es posible disolver la taquicardia con marcación o destrucción de una parte del circuito. El circuito en reentrada de círculo directriz tiende a ser menos estable que en las arritmias por reentrada de brecha excitable, con grandes variaciones en la longitud del ciclo y predilección a la terminación

Arritmias letales. Son trastornos del ritmo cardíaco súbito que comprometen la vida. Son las principales condicionantes de paro cardiorrespiratorio. Duración: 4 min comienza daño cerebral 10 min daño cerebral irreversible

Definición Es una serie descoordinada y potencialmente mortal de contracciones ventriculares ineficaces muy rápidas, causadas por múltiples impulsos eléctricos caóticos. Es la causa más frecuente de fallo cardíaco secundario a isquemia o IAM La más frecuente en la muerte súbita Manifestaciones clínicas Desmayo súbito Inconsciencia Antes del desmayo se puede presentar: Dolor torácico Mareo Náuseas Latidos cardíacos rápidos Dificultad para respirar Características en EKG Frecuencia: desorganizada para poder calcular (150-500 lxm) Ritmo: irregular las ondas varían de tamaño y forma Onda P: no existe Complejo QRS: no existe o de apariencia anormal Intervalo PR: no existe o no está medible

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA

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. 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. Estos incluyen confusión, desorientación o estupor repentinos.

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. 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).

En el inconsciente la cronología no existe, como tampoco rige en los sueños. En la vivencia onírica pueden darse casos en que el tiempo y el espacio estén totalmente ausentes. Careciendo de sentido cronológico, el inconsciente no reconoce pasado ni futuro y tan sólo un presente. Todas las tendencias son vividas por el inconsciente en el tiempo actual, incluso cuando se refieren a lo pasado o al futuro. Los acontecimientos más lejanos siguen actuando en el inconsciente de un modo invariable con tanta actualidad como si acabaran de ocurrir.

Tampoco el inconsciente tiene un concepto definido de la contradicción sus elementos no están coordinados y las contradicciones se dan simultáneamente aun cuando sean de signo contrario. Pueden existir un sí o un no, un amor y un odio. Inconscientemente se pueden vivir en forma simultánea sentimientos de odio y de amor sin que uno de los dos desplace o anule al otro ni siquiera en parte. El inconsciente tampoco sabe decir que no, y cuando necesita dar una negativa, debe enunciarla recurriendo a otros elementos

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CONVULSIVOS

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

Una convulsión es una alteración eléctrica repentina y no controlada en el cerebro. Puede provocar cambios en el comportamiento, los movimientos o sentimientos, y en los niveles de conciencia. Tener dos o más convulsiones con tan solo 24 horas de diferencia y cuya causa no puede identificarse a menudo se considera epilepsia. Hay muchos tipos de convulsiones, con síntomas y gravedad que varían. Los tipos de convulsiones varían según la región del cerebro en la que comienzan y su extensión.

Ante una convulsión, los signos y síntomas pueden ser de leves a graves y variar según el tipo de convulsión. Algunos de los signos y síntomas de convulsiones son: 1. Confusión temporal 2. Episodios de ausencias 3. Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas 4. Pérdida del conocimiento o conciencia 5. Síntomas cognitivos o emocionales, como miedo, ansiedad o deja vú. Generalmente, los médicos clasifican las convulsiones como focales o generalizadas,

Las células nerviosas (neuronas) del cerebro crean, envían y reciben impulsos eléctricos que permiten que las células nerviosas del cerebro se comuniquen. Cualquier cosa que interrumpa estas vías de comunicación puede provocar una convulsión. Algunos tipos de trastornos convulsivos pueden ser causados por mutaciones genéticas. La causa más común de las convulsiones es la epilepsia. Sin embargo, no todas las personas que tienen una convulsión tienen epilepsia.

Otras personas. Puedes estar en riesgo de lo siguiente: 1. Caídas. Si sufres alguna caída durante una convulsión, puedes lastimarte la cabeza o romperte un hueso. 2. Ahogo. Si tienes una convulsión mientras nadas o te bañas, estás en riesgo de ahogarte accidentalmente. 3. Accidentes automovilísticos. Una convulsión que causa pérdida de conciencia o control puede ser peligrosa.

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 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.

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

Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

Un Evento Vascular Cerebral (EVC), puede ocurrir cuando una arteria se obstruye produciendo interrupción o pérdida repentina del flujo sanguíneo cerebral o bien, ser el resultado de la ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame

CONCLUSION

COMO PODEMOS VER HAY MUCHO POR QUE VER SOBRE TEMAS DE LA SALUD LA ESTABILIDAD DE UN PACIENTE EN CASO DE ALGUN ATENTADO O ALGUNA INORMABILIDAD COMO PODER TRATAR Y SABER QUE ES LO QUE PUEDA PRESENTAR EL PACIENTE TAMBIEN VALORAR Y INTERMEDIAR LA VALORACION Y ALGUNOS SIGNOS Y DATOS PARA VISUALIZAR COMO PODEMOS ACEDER AL PASIENTE VER Y TRATAR UNA MEJORIA Y PODER DAR A CONOCER UN BUEN TRABAJO Y UN BUEN TRATADO A AIN PACIENTE CON ALGUNA ENFERMEDAD

