



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: RAQUEL LOPEZ ROBLERO

TEMA: ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE OXIGENACION

MATERIA: URGENCIAS Y DESASTRES

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. JOAQUIN MORALES

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: SEPTIMO

Lugar y Fecha de elaboración: FRONTERA COMALAPA CHIAPAS

UNIDAD III

ATENCION DE ENFERMERIA
AL PACIENTE CON ALTERACIONES
DE LA OOXIGENACION TISULAR

ATENCION DE ENFERMERIA A
A PACIENTES CON CARDIOPATIA
ISQUEMICA

- MONITORIZACION Y ACCESO A MEDIDAS DE SOPORTE VITAL
- HISTORIA CLINICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- TRATAMIENTO INICIAL (SIGNOS DE RIESGO VITAL,MEDIDAS GENERALES)
- ESTRATIFICACION DEL RIESGO: LA HERRAMIENTA FUNFDAMENTAL ES EL ECG,DIFERENCIANDO:SCACEST.
- TRATAMIENTO DE PERFUSION URGENTE: DEBE PLANTEARSE EN MODO SCACEST.
- TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTITROMBINICO: DEBE INICIARSE LO MAS PRECOZMENTE POSIBLEEN TODO SCA.
- BLOQUEO NEURONAL Y TRATAMIENTO ANTI ISQUEMICO

COMPLICACIONES DEL INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO
I A M

- DISFUCION VENTRICULAR IZQUIERDAñ MAS FRECUENTE DEL IAM Y LA PRINCIPAL CAUSA DE MORTALIDAD (GRADOS FORRESTERI 1,2,3 Y 4)
- INFARTO DE VENTRICULO DERECHO:PRESENTA HIPOTENCION, CONGESTION SISTEMICA.
- COMPLICACIONES MECANICAS
- ARRITMIAS: MANEJO DE ARRITMIAS Y DOSIS ANTIARRITMICO
- PERICARDITIS POSTINFARTO
- ANGINA POSINFARTO
- TROMBOSIS INTRAVENTRICULAR

UNIDAD III

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE CON ALTERACIONES
DE LA OOXIGENACION TISULAR

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

UNIDAD 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.

- Variables generales
 - Fiebre o hipotermia ($T^a >38^{\circ}c$ 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
- Variables inflamatorias
 - Leucocitosis ($>12000/\mu l$) - Leucopenia (10% de formas inmaduras) - Elevación de PCR y de PCT
- Variables hemodinámicas
 - Hipotensión arterial (tas 40 mmhg)
- Variables de disfunción de órganos
 - Hipoxemia (relación $po_2/fio_2 >0.5$ mg/dl) - Coagulopatía (INR >1.5 ó tpta $>60s$)
- Variables de perfusión tisular
 - Hiperlactatemia (lactato >1 mmol/L) - Livideces o relleno capilar enlentecido
- Sepsis Grave
 - Diuresis 2.0 mg/dl
Bilirrubina >2 mg/dl – Plaquetas 1.5)
- Shock Séptico
 - Hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos.
- Tratamiento
 - Fluidoterapia
Tratamiento antibiótico
Soporte vasopresor

UNIDAD 3.2
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN EL SHOCK.

Shock Cardiogénico

- 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
- Hipoperfusión tisular

Infarto agudo de miocardio

- Fallo de bomba o IAM extenso o IAM más pequeño con disfunción VI previa o isquemia severa recurrente
- Complicaciones mecánicas o IM secundaria a rotura de músculos papilares o Defecto septo ventricular o Rotura de pared libre o Taponamiento

Manejo

- Medidas generales
- Monitorización
- Vasopresores e inotrópicos
- Asistencia mecánica
- Asistencia ventricular
- Revascularización (Fibrinólisis, - coronario percutáneo)

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 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).

Emergencia hipertensiva

- Hipertensión arterial acelerada- maligna con papiledema
- Cerebrovascular
- Exceso de catecolaminas circulantes
- Cardíacas

Principios generales del tratamiento de las crisis y emergencias hipertensivas

- afectación de los órganos diana
- tratamiento parenteral inmediato
- El uso de nifedipino sublingual está contraindicado.

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

Retinianos

- o Visión borrosa
- Diplopia, Exudados y hemorragias

Cardiovasculares

- o Estertores y sibilancias
- Soplos
- o Pulsos periféricos anormales

Encefalopatía hipertensiva

síndrome subagudo o agudo que cursa con signos de afectación cerebral difusa

Disecccion aórtica

cuadro clínico caracterizado por HTA acompañado de dolor torácico irradiado a espalda sin cambios electrocardiográficos y poca respuesta a solinitrina y morfina.

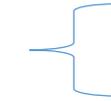
3.4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ARRITMIAS LETALES.

Actividad eléctrica del corazón



dipolos de activación que progresivamente van despolarizando las aurículas

Arritmias cardiacas



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

Arritmias letales



trastornos del ritmo cardiaco, Duración: 4 min comienza daño cerebral 10 min daño cerebral irreversible. Estas se dividen en: Taquiarritmias Bradiarritmias Cuando las alteraciones Cuando los ritmos son lentos causan ritmos rápidos o retrasados. Adelantados >100 latidos x min

ASISTOLIA



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