



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
PLANTEL VILLA HERMOSA.**

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES

DOSCENTE:

LIC. JESSICA DEL CARMEN JIMENES

TEMA:

Manual de Urgencias de Enfermería Completo

ALUMNAS:

YIRIANI MADAI RUIZ ESTRADA
ANGEL GABRIEL ARCOS ALVARO

VILLA HERMOSA, TABASCO. FECHA: 10/10/20

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS	4
Objetivos generales	4
Objetivos específicos	4
URGENCIA Y EMERGENCIA.....	5
CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA (TRIAGE).....	6
CONCEPTO DE CATÁSTROFE Y DESASTRES NATURALES.....	7
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS Y DESEQUILIBRIO CON EL MEDIO AMBIENTE	8
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.	8
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.	11
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.	13
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.	15
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACIÓN TISULAR.	18
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK.	22
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS.	26
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.....	29
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS.	30
Atención de enfermería en el paciente con descompensaciones diabéticas.	30
Atención de enfermería con hemorragia digestiva.....	34
CONCLUSIÓN	36
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	37

INTRODUCCIÓN

Este manual de urgencias de enfermería comprende de información extravagante, ya que va dirigida hacia el profesional de salud como a la sociedad en general. De este modo lograremos identificar las diferentes situaciones de urgencia y emergencia que se podrían suscitar en algún momento de nuestras vidas.

A lo largo de la evolución humana, mediante experiencias y documentaciones de investigadores, se han implementado acciones que van dirigidas principalmente al equipo de salud en la que se documenta la acción de enfermería hacia pacientes en situación de urgencias y emergencias.

Existen diferentes tipos de factores que comprometen la vida y salud de las personas, (desastres naturales, accidentes, intencionales, enfermedades, etc.).

Otras comprometedoras que ocasionan muchos más riesgos de muerte a pacientes en las situaciones dichas mencionadas, tales como: en la oxigenación tisular, shock, las crisis hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, alteraciones metabólicas, descompensaciones metabólicas y hemorragias digestivas.

De acuerdo a estas situaciones y sucesos, la reacción del equipo de salud o instituto será adecuada debido a la preparación y capacitación que llevan a cabo.

Pretendemos que sea un elemento de consulta rápida para afrontar con la mayor seguridad el reto que supone la atención a cada uno de los pacientes que acuden a cada uno de los servicios, si bien en este caso va orientada a algunas patologías. De tal modo que este manual se convierte en una herramienta útil y eficaz.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Identificar las principales diferencias entre urgencia y emergencia.
- Detectar situaciones que puedan ser urgentes o de emergencia.
- Desarrollar acciones para la atención de enfermería ante las emergencias traumáticas y desequilibrios con el medio ambiente.

Objetivos específicos

- Desarrollar técnicas de atención de enfermería basados en lo teórico científico y práctico.

URGENCIA Y EMERGENCIA

Urgencia

Se define urgencia en aquellas situaciones en las que se necesita una atención inmediata, que sucede o que se produce fuera del horario laboral. Brevemente se definiría como toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona.

- a) Urgencia subjetiva: Surgen criterios de carácter de impresión, tales como dolor agudo, hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida del paciente o la salud de la persona.
- b) Urgencia objetiva: Situación que compromete la vida o salud de la persona, y que puede ser apreciado por el personal sanitario o no sanitario entrenado.
- c) Urgencia relativa: Es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento;

Emergencia

Son situaciones críticas, en las que se compromete la vida del paciente, en donde se requiere una actuación inmediata.

Características:

- Hacen peligrar la vida del enfermo, algún órgano o parte esencial de su organismo, a no ser que se instauren medidas terapéuticas con prontitud. Siempre comporta un elevado riesgo vital.
- El problema desencadenante de la emergencia aparece casi siempre de un modo súbito.
- Requieren de respuesta especializada inmediata, entre unos minutos y una hora.
- La emergencia requiere hospitalización, salvo raras excepciones, y ésta se produce prácticamente siempre ocupando camas de enfermos críticos o agudos.
- Precisa, por lo general, de asistencia in situ y un transporte asistido o especializado hasta el hospital.
- La solicitud de atención ante situaciones de emergencia procede de la familia o del entorno donde se ha desencadenado el problema. Generalmente, no es solicitada por el propio paciente.

CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA (TRIAGE)

El triage se define como un sistema de clasificación de pacientes que, dependiendo del grado de urgencia que estos presentan, se establece un tipo de atención. El proceso de triage debe ser conciso y rápido.

Su propósito en emergencia es valorar las capacidades de supervivencia inmediata, basándose solo en los datos de valoración ya que en la mayoría de los casos no se obtienen más datos y se desconocen patologías previas.

Para llevar a cabo la valoración triage, se realizará "La escala de Gasglow CGS", herramienta utilizada para valorar el nivel de conciencia (estado de alerta y estado cognoscitivo) analizando:

- Apertura ocular
- La respuesta verbal
- La respuesta motora

Consideraciones:

- Gasglow leve: Puntuacion 14-15
- Gasglow moderado: Puntuacion 9-13
- Gasglow grave: Puntuacion 8 o menor

Tipos de triage:

- 1) Triage extrahospitalario: Tiene como principal fin la clasificación y temprana evacuación de los heridos, no solo dependiendo de su gravedad sino también de sus pronósticos, y el establecimiento de atención en función de los pazos terapéuticos.
- 2) Triage básico: Deberá de ser breve, a través de la cual se aplican maniobras salvadoras como (apertura de vía aérea, hemostasia en hemorragias severas y reanimación cardio pulmonar) y estabilizadoras, que permiten determinar el grado de urgencia basándose en parámetros fisiológicos.
- 3) Triage avanzado: Consiste en una valoración primaria del paciente, aplicando de nuevo maniobras salvadoras y clasificando a los pacientes según el nivel de urgencias, en las que se identifican a pacientes con prioridad quirúrgica que precisan evacuación urgente, se realiza procedimientos de estabilización y valoración de las lesiones.

- 4) Triage hospitalario: Se realiza en los centros hospitalarios, donde se revalúan, y clasifica a las víctimas

Secuencia del triage:

- a) Triage bipolar: Clasificación entre vivos/muertos, que pueden caminar o no, o entre muy graves-graves/leves. Este es utilizado en situaciones de extrema gravedad o peligro y que precisa una clasificación inmediata.
- b) Triage tripolar: Una clasificación que diferencia o: muy graves, graves y leves o muertos, graves y leves. Tratando de evacuar a aquellos que pueden caminar o que no precisan grandes medios.
- c) Triage tetrapolar: Clasificación más utilizada en el primer triage o básico y en el triage avanzado, utilizando los colores para diferenciar a los heridos en función de su gravedad:

Colores:

- Negro → Exitus
- Rojo → Gravedad extrema
- Amarillo → Gravedad-Urgencia relativa
- Verde → Urgencia leve o Triage pentapolar: utilizado en el ámbito hospitalario, diferencia en cinco colores según la gravedad de los pacientes

CONCEPTO DE CATÁSTROFE Y DESASTRES NATURALES

Catástrofe

Se les considera desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre.

Clasificación:

- Meteorológicos: Ciclones y huracanes tropicales, inundaciones, sequía, tormentas locales severas (eléctricas, tornados, trombas marinas, granizos). Tormentas de polvo, borrascas. Geomorfológicos- Geológicos. Terremotos y tsunamis. Erupciones volcánicas. Avalanchas de nieve. Glaciales. Hundimientos. Contaminación del agua. Quema de carbón. Erosión costera. Ecológicos. Malas cosechas. Plagas de insectos. Declive de arrecifes de coral.

- Medio ambiente: Lluvia ácida, atmosféricos, contaminación, efecto invernadero, aumento del nivel del mar, Efecto del fenómeno “El Niño”, Descenso de la capa de ozono.
- Extraterrestres: Impacto de asteroide, Aurora boreal.

Desastre

Se consideran desastres naturales a los fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS Y DESEQUILIBRIO CON EL MEDIO AMBIENTE

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

Paciente herido con diversas lesiones y que al menos una compromete la vida. Supone la primera causa de muerte en los países desarrollados en menores de 45 años.

Evaluación primaria y reanimación

Identificar y tratar: ABCDE

- Vía aérea con control cervical
- Ventilación
- Circulación D (Disability) Neurológico
- Desvestir con control de la temperatura

Los fundamentos se estructuran en maniobras básicas de apertura de la vía aérea con oxigenoterapia, revisión de la cavidad oral y valoración de vía aérea definitiva:

Intubación

- Preoxigenar con O₂ al 100%.
- Sedación (Etomidato 0.3 mgrs/kg = 20 mgrs o Midazolam 0.2 mgrs/kg) y relajación (succinilcolina 1-2 mgrs/kg = 100 mgrs)
- Intubar
- Comprobar. Inflar el balón y determinar la posición del tubo: auscultación y monitorización de CO₂ (capnógrafo).
- Ventilar

Alternativas en caso de no intubación: dispositivo bolsa-válvula-máscara.

Ventilación Aun existiendo una vía aérea permeable, la ventilación puede estar comprometida. ¿Cómo comprobamos la ventilación?

- exponer y ver: si existe deformidad, asimetría en los movimientos, ...
- auscultar: simetría o no en ambos campos pulmonares.
- percudir y palpar

Circulación

Mediante datos clínicos que nos dan información en segundos:

- Alteración del nivel de conciencia
- Frialdad cutánea y diaforesis
- Taquicardia y taquipnea
- Hipotensión
- Disminución en la diuresis

la taquicardia es el primer signo de que pueda existir una hemorragia importante ya que se deben perder hasta 1500-2000 cc para que exista hipotensión.

- HIPOVOLÉMICO

- Pérdida de sangre
- Pérdida de líquidos

- NO HEMORRÁGICO

- Neumotórax a tensión
- Taponamiento cardíaco/Cardiogénico
- Séptico
- Neurogénico

Neurológico

Ante un paciente con alteración del nivel de conciencia, pensar que además de TCE (lesión del sistema nervioso central) pueda deberse a:

- Mala oxigenación /ventilación

- Mala perfusión cerebral por shock
- Hipoglucemia, consumo de drogas, alcohol, fármacos, ...

Se trata de una exploración neurológica básica y rápida: estado de pupilas y Escala de coma de Glasgow.

Desvestir con control de la temperatura

En el paciente politraumatizado se considera hipotermia cuando la temperatura es menor o igual a 36°C (menor o igual a 35°C en el resto de pacientes).

Revisión de la cabeza a los pies:

Cabeza: examinar todas las lesiones que puedan existir en el cuero cabelludo, examinación ocular exhaustiva.

Estructuras maxilofaciales.

Columna cervical y cuello: sospechar siempre lesión de columna cervical hasta que se demuestre lo contrario, sobre todo en pacientes con alteración neurológica y/o traumatismos craneales, faciales y por encima de las clavículas.

Tórax.

Abdomen: una exploración inicial normal no excluye una lesión intraabdominal. En pacientes hipotensos sin etiología, o con alteraciones de conciencia por TCE o consumo de sustancias debe realizarse Ecografía abdominal (paciente inestable) o TAC (estable).

Periné/recto/vagina.

Sistema musculoesquelético: inspeccionar y palpar buscando fracturas ocultas. Lesiones en periné, pubis o escroto nos pueden alertar sobre fracturas pélvicas.

MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA VÍA AÉREA:

Primer objetivo. Limpiar la boca y la orofaringe de sangre, dientes rotos, prótesis dentales y otros cuerpos extraños:

- Obstrucción a nivel nasal: La causa más frecuente será la ocupación por sangre, que deberá ser tratada con aspiración y taponamiento nasal.
- Obstrucción a nivel orofaríngeo: Colocar la mandíbula en protrusión y traccionar hacia delante la lengua mediante pinzas, suturas o simplemente con las manos.

- Obstrucción a nivel laríngeo: Muchas veces va a precisar una cricotirotomía o una traqueostomía.

CONTROL DE LA HEMORRAGIA: La hemorragia en el traumatizado facial puede ser masiva y si no se trata adecuadamente puede llevar al shock. Debemos recordar siempre que todos los sangrados se controlan mediante presión y que debemos ser sistemáticos en el tratamiento de las hemorragias.

ASPIRACIÓN: Es frecuente que este tipo de trauma se acompañe de aspiración de sangre, contenido gástrico, secreciones orofaríngeas o cuerpos extraños especialmente si existe lesiones acompañantes. Hay que tener en cuenta que la colocación de una sonda nasogástrica está contraindicada si se sospecha fractura de la lámina cribosa del etmoides por el riesgo de insertarla intracraneal.

Traumatismo medular La hipotensión arterial y la hipoxia tras la lesión agravan la isquemia medular.

Evaluación clínica

1. Anamnesis

2. Exploración vertebral:

- No debe realizarse si existe trauma raquimedular evidente.
- Inspección, palpación, movilidad (retirando collarín/volteo controlado). Si dolor o molestia, recolocar el collarín.

Exploración neurológica:

- Valoración del nivel medular dañado.
- Graduación/gravedad del daño.
- Realizarla de forma “seriada” porque puede progresar.
- Pilares básicos: Fuerza muscular, Sensibilidad y Reflejos

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUEMADOS.

Destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico o radioactivo. Existen una serie de factores pronósticos: la edad, extensión, profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión y la existencia de

patología previa. Los mecanismos de producción más frecuentes son las llamas y líquidos calientes.

Clasificación de las quemaduras

EXTENSIÓN. El porcentaje de superficie corporal quemada no es sólo un factor determinante del pronóstico del paciente quemado, sino que también es necesario para la estimación de las necesidades de líquido en la fase aguda del paciente quemado grave.

PROFUNDIDAD. Se distinguen cuatro grados. Caracterizadas por la destrucción de la capa más superficial de la piel. Presentan eritema, dolor intenso y aspecto no exudativo. No formación de flíctenas. La quemadura típica es la quemadura solar. Su extensión no se incluye en el cálculo de la superficie lesionada en los grandes quemados

AGENTE CAUSAL.

El agente causal más frecuente de las quemaduras es el fuego.

- Las quemaduras de FLASH, son producidas por una breve e intensa exposición a la fuente de calor, que suele ser provocada por ignición o explosión de gases. Suelen ser de segundo grado y asociarse a lesiones por inhalación de humos.
- CONTACTO suelen ser bien circunscritas, de poca extensión, pero profundas.
- QUÍMICAS. Desde que aparece la lesión el daño puede continuar horas, hasta que dicho agente no sea anulado. Las lesiones suelen ser profundas pero con bordes bien definidos.
- ELÉCTRICAS. Son en general, de poca extensión, pero profundas. Dependerán de la intensidad de la corriente y de la resistencia del propio individuo. La descarga eléctrica podrá haberse alejado del punto de entrada conducida por nervios, vasos y tejidos musculares. Se pueden observar amplias superficies musculares necróticas bajo una piel aparentemente no afectada.
- ESCALDADURA son producidas por agua o aceite; su localización suele ser múltiple, de bordes irregulares y de profundidad variable, dependen del tiempo de exposición.

GRAVEDAD. Está determinada por la edad, la profundidad, la extensión, la localización y las patologías crónicas o asociadas al paciente.

Evaluación inicial del paciente quemado

ABC.

Examen general.

- Historia clínica completa: Agente causal, lugar, fecha y hora, mecanismo del traumatismo, estado de conciencia, balance de líquidos, etc.
- Examen de la quemadura

Pruebas complementarias que debemos solicitar en las quemaduras graves:

- Bioquímica: urea, creatinina, iones, glucosa, amilasa, CPK.
- Gasometría con carboxihemoglobina
- Orina y sedimento.
- Rx tórax y electrocardiograma en quemaduras eléctricas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AHOGAMIENTO.

En el manejo extrahospitalario conviene tener presente:

- Tener especial precaución con la columna cervical y, ante la duda, inmovilizarla y actuar como si fuese un lesionado medular realizando la apertura de vía aérea mediante tracción mandibular, con mantenimiento de la cabeza en posición neutra.
- Respiración boca a boca en cuanto se pueda, tratar de extraer posibles cuerpos extraños en boca o faringe. La reanimación inmediata en la escena es esencial para la supervivencia y correcta recuperación neurológica después de un proceso de ahogamiento, por eso aunque los amigos de Miguel no sean profesionales cualificados deberán comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP) (en caso de que sea necesario) hasta que la asistencia sanitaria llegue. Según la European Resuscitation Council de 2010 todos los reanimadores, entrenados o no, deberían proporcionar compresiones torácicas a las víctimas de parada cardíaca.
- No se recomienda la aplicación sistemática de las maniobras de Heimlich o de drenaje postural sin evidencia de obstrucción de vía aérea, pues no mejora los resultados de la resucitación y, sin embargo pueden producir vómitos y aspiración, complicando aún más el caso.
- Masaje cardíaco externo, si se comprueba ausencia de pulsos mayores.

- Control de la hipotermia ya que a menor temperatura corporal, menos necesidad de consumo de oxígeno (y mejor pronóstico de recuperación de posibles daños neurológicos causados por hipoxia), una hipotermia puede dar lugar a diversas alteraciones en el organismo, como arritmias y alteraciones metabólicas, sobre todo cuando la temperatura corporal comienza otra vez a ser normal.
- Traslado inmediato al hospital más cercano sin interrumpir las maniobras de reanimación

En el manejo a nivel hospitalario:

1. Interrogar sobre una posible pérdida de conciencia previa al ahogamiento: traumatismo (tener en cuenta las posibles lesiones cráneo – encefálicas, medulares, etc), consumo de drogas, enfermedad de base (epilepsia, cardiopatía isquémica, etc). Ante la duda hay que manejar al enfermo como un TCE, inmovilizando con collarín.

2. Exploración física: El equipo de emergencias que llegará al lugar del accidente realizará una valoración exhaustiva sobre la respiración/oxigenación, comprobando siempre la permeabilidad de la vía aérea; la hemodinámica, obteniendo la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, etc.; el estado neurológico, valorando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y valorando también la reacción pupilar; la termorregulación y la eliminación:

- Apnea, disnea, taquipnea (atención al uso de músculos accesorios).
- Cuerpo extraño en vía aérea.
- Traumatismo craneoencefálico, cervical o de otros órganos.
- Hipotensión arterial.
- Hipotermia.
- Arritmias.

Alteraciones neurológicas (aplicar escala de coma de Glasgow). Una vez valorado y estabilizado en la medida de lo posible por un equipo de emergencias entrenado para realizar el SVA, el paciente llegará al hospital donde, en el caso de que se le haya realizado una reanimación o de que tenga un bajo nivel de conciencia se le trasladará a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Una vez ingresado en UCI, se procederá a la monitorización del paciente, como es habitual en esta unidad, para posibilitar una vigilancia continua y adelantarse a posibles

complicaciones que podrían llegar a ser mortales. Vamos a tratar este tema separando funciones fisiológicas con su posible tratamiento:

Función respiratoria: En los pacientes en los que fracasan las medidas iniciales de oxigenación con mascarilla de oxígeno con reservorio o la ventilación no invasiva (CIPAP, BIPAP), o disminuye el nivel de conciencia debe considerarse la intubación orotraqueal y ventilación precoz.

La intubación está indicada en apnea, dificultad respiratoria grave o hipoxemia refractaria al oxígeno. La reanimación precoz y las medidas encaminadas a prevenir complicaciones tardías son fundamentales en el manejo de estos pacientes, que deben ser trasladados lo antes posible al Hospital.

En cuanto al manejo del enfermo ahogado es fundamental tener en cuenta que la muerte clínica no implica muerte cerebral, especialmente en niños y en situaciones en las que el proceso se enlentece (hipotermia la hipotermia protege al cerebro de la hipoxia, y se han observado recuperaciones completas después de inmersiones en agua muy fría durante más de treinta minutos, intoxicación por barbitúricos, de alcohol, otras drogas...).

Así pues hay que reanimar siempre, y prolongar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en las situaciones mencionadas, especialmente en la hipotermia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTOXICADO.

Síndrome clínico que aparece al introducir un tóxico en el organismo ya sea de forma intencionada o accidental.

ETIOLOGÍA.

Accidental:

- Laboral.
- Doméstica.
- Iatrogénica.

Intencional:

- Drogas.
- Alcohol.
- Autolisis.

Actitud en urgencias ante un paciente intoxicado.

- Evaluar la gravedad del cuadro y proporcionar soporte vital si fuese necesario.
- Evaluación clínica general.
- Iniciar medidas terapéuticas de carácter general.
- Iniciar tratamiento específico después de identificar tóxico implicado.

Exploración física:

- Valoración vía aérea y exploración cardiovascular.
- Exploración neurológica: nivel de conciencia, focalidad, pupilas (midriasis: cocaína, tricíclicos, fenotiazinas, miosis: opiáceos, organofosforados, alcohol, benzodiacepinas).
- Inspección: valorar coloración, lesiones cutáneas (barbitúricos, CO), sudoración (salicilatos), lesiones en cavidad oral (cáusticos).
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.
- Exploración extremidades: signos de venopunción

Pruebas complementarias:

- Constantes, glucemia capilar.
- Gasometría.
- EKG.
- Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con glucemia, urea, creatinina, iones, CK, amilasa, perfil hepático con AST, ALT y bilirrubina
- Recoger muestras para estudio toxicológico: drogas de abuso en orina y determinaciones en sangre de niveles de anticomiciales, digoxina y teofilina.
- Rx o TAC si procede para descartar: aspiración, EAP, neumomediastino y sustancias radiopacas.

Disminuir absorción de tóxico: Según vía de entrada se adoptarán las siguientes medidas:

- Vía parenteral: Frío, torniquete.
- Vía ocular: lavado durante 15-30 minutos.
- Vía cutánea: retirar la ropa y lavar. Aplicar glucobionato cálcico (Suplecal®) tras contacto con ácido fluorhídrico y Sorbitan Polioxietileno (Neosporin®) tras contacto con pegamentos instantáneos.

- Vía respiratoria: O₂ 30-100% en relación con grado de hipoxemia.
- Vía digestiva: la más frecuente (90%):
- Agentes eméticos: Jarabe de ipecacuana: 30 ml en 250 cc de agua y repetir a los 20 minutos. Contraindicado en ingesta cáusticos, derivados de petróleo, agentes anticonvulsiantes, cianuro y en coma, shock o convulsión, embarazo y niños menores de 6 meses.
- Lavado gástrico: si han transcurrido menos de 6 horas (excepto en ingesta de salicilatos, antidepresivos tricíclicos y anticolinérgicos), contraindicado en los mismos casos que los eméticos.
- Adsorción del tóxico: Carbón activado. Es el método de elección. Sólo está contraindicado su uso en ingesta cáusticos. Debe asociar catárticos debido al efecto astringente. Se utilizarán 74 dosis repetidas cada 3 horas en intoxicaciones por fenobarbital, antidepresivos tricíclicos, salicilatos, teofilinas y difenilhidantoínas.
- Evacuación intestinal: si fallan las medidas anteriores, se puede utilizar para acelerar el tránsito intestinal polietilenglicol. Contraindicado en pacientes en coma no intubados o cuando existe obstrucción intestinal, hemorragia o perforación.

Aumentar eliminación:

- Eliminación pulmonar: O₂ al 50%
- Eliminación hepática: N-acetil-cisteína (Flumil antidoto®)
- Eliminación renal: Objetivo diuresis 3-5 ml/Kg/h. Contraindicado si insuficiencia renal previa o secundaria al tóxico y/o insuficiencia cardiaca. o Diuresis Forzada:
- Alcalina: mantener ph urinario > 7,5. Útil en intoxicaciones por fenobarbital, salicilatos, metotrexate, isoniacida.
- Ácida: mantener ph urinario < 6.5. Útil en intoxicación por quinidina, anfetaminas y bromo.
- Neutra: litio, talio, paraquat, Amanita Phaloides
- Depuración extrarrenal: su uso está justificado en cuadros graves y si la eliminación corporal total del tóxico puede incrementarse en más de un 30%.
- Hemoperfusión (HP): mejor para sustancias liposolubles, con mayor volumen de distribución, elevada unión proteica y alto peso molecular.

- Hemodiálisis (HD): mejor para sustancias hidrosolubles o que provoquen alteraciones electrolíticas. Indicada para tóxicos con un volumen de distribución bajo (alcanzan elevadas concentraciones plasmáticas), bajo peso molecular y escasa fijación a proteínas.
- Hemofiltración continua: útil en tóxicos con un elevado volumen de distribución, y transferencias intercompartimentales lentas.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA.

Las intoxicaciones por psicofármacos son las más comunes, ya que la intencionalidad que predomina es el intento de suicidio. Las medidas sintomáticas son el pilar básico en el tratamiento. La descontaminación digestiva siempre debe plantearse; su eficacia está muy asociada al tiempo transcurrido desde la ingesta.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIONES DE LA OXIGENACIÓN 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

1. Monitorización y acceso a medidas de soporte vital
2. 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 (ejercicio, estrés) Hora de inicio y duración Respuesta al reposo y a nitroglicerina Presencia de cortejo vegetativo

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.

ECG: ECG de 12 derivaciones basal y tras nitroglicerina Control a las 6h, 24h y si hay cambios en el dolor 87 V3R y V4R en todo IAM inferior

Datos analíticos: Marcadores de necrosis miocárdica: Troponina T o I, CK-MB.
Mediciones generales: Hematocrito, recuento plaquetario, coagulación, función renal y alteraciones hidroelectrolíticas.

Rx Tórax Signos de congestión pulmonar

Ecocardiografía Alteraciones segmentarias de la contractilidad, FE, descartar complicaciones mecánicas

Tratamiento inicial:

Signos de riesgo vital Isquemia miocárdica aguda Angina Alteraciones en segmento ST/onda T o BCRIHH en ECG Inestabilidad hemodinámica Hipotensión o hipertensión arterial extrema Taquicardia o Bradicardia extremas Taquipnea Malperfusión distal: cianosis, livideces, retraso de relleno capilar Insuficiencia respiratoria Taquipnea Cianosis distal Hipoxia o disminución sato2

Medidas generales Monitorización ECG continuo. Monitorizar la tendencia del ST. Sato2 continua TA cada 10 minutos hasta estabilización 88 Medidas de soporte vital Oxigenoterapia Desfibrilador Acceso inmediato a medidas SVA, incluido soporte ventilatorio Accesos vasculares Canalizar dos vías venosas Evitar punciones intramusculares e intraarteriales Analítica de ingreso

Fármacos en el manejo inicial del SCA

Estratificación del riesgo: La herramienta fundamental es el ECG, diferenciando: SCACEST (SCA con elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición) y SCASEST (sin elevación del segmento ST: angina inestable e IAMSEST).

Tratamiento de reperfusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST.

Tratamiento antiagregante y antitrombótico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA: Tratamiento antiagregante y antitrombótico en el SCA según la estrategia de reperfusión. La antiagregación debe realizarse por combinación de los fármacos descritos y la anticoagulación mediante una de las opciones propuestas (ordenadas según nivel de recomendación).

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

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

Grados de disfunción ventricular izquierda. Tratamiento según clasificación Killip-Kimball y Forrester

Grado Forrester I Killip I Exploración Sin estertores ni tercer ruidos Tratamiento ruidos Forrester II Killip II EAP 50% campos pulmonares Asociar: CI. Morfoco Soporte ventilatorio Valorar asociar antialdosterónicos y levosimendán Realizar ETT Forrester III Killip III Shock cardiogénico sin congestión: Baja precarga + disfunción VI Disfunción de VD Además: Monitorización HD invasiva *Optimización de precarga *Soporte inotrópico/vasopresor BIACP Asistencia circulatoria mecánica Forrester IV Killip IV Shock cardiogénico: Hipoperfusión Además: Monitorización HD invasiva 96 mmHg Soporte inotrópico/vasopresor BIACP, asistencia circulatoria mecánica

Infarto de ventrículo derecho: Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. El diagnóstico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía. En su manejo es fundamental mantener una adecuada precarga (utilizar con precaución opiáceos, nitratos, diuréticos e IECA/ARA II).

Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico:

COMPLICACIÓN (incidencia%) CLÍNICA TRATAMIENTO ROTURA DE PARED LIBRE (0,2- 3%) AGUDA AESP RCP. Reparación quirúrgica. SUBAGUDA Recurrencia del dolor Deterioro hemodinámico súbito Derrame pericárdico hemático/taponamiento Reparación quirúrgica

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (0,5-3%) Recurrencia del dolor o deterioro clínico súbito, soplo sistólico CIV por ecocardiografía Salto oximétrico en cateterismo Vasodilatadores BIACP REPARACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE

INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA Dilatación y disfunción VI Deterioro respiratorio o hemodinámico Reperusión Vasoactivos

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. Puede tratarse con dosis alta de aspirina (1.000 mg/24 h).

Angina postinfarto: Reparación de dolor torácico anginoso o signos de isquemia (en la fase temprana postinfarto (entre las primeras 24 horas y el primer mes) Debe considerarse la posibilidad de repetir arteriografía.

Trombosis intraventricular: (10-40% de los IAM de localización anterior). Su principal complicación son los embolismos sistémicos y el tratamiento se realiza con anticoagulación, bien con HBPM o HNF de inicio, manteniendo posteriormente anticoagulación oral (objetivo INR 2-3) durante 3 a 6 meses.

Addendum: tratamiento fibrinolítico

Contraindicaciones Absolutas ACV hemorrágico o de origen desconocido ACV isquémico en los últimos 6 meses Trauma o neoplasia de sistema nervioso central Trauma o cirugía en las últimas tres semanas Sangrado gastrointestinal en el último mes Coagulopatía conocida Disección aórtica Punciones no compresibles (biopsia hepática, punción lumbar)

Relativas Hipertensión refractaria (tas>180mmhg, tad>110mmhg) AIT en los últimos 6 meses Tratamiento anticoagulante oral Embarazo o primera semana de puerperio Endocarditis infecciosa Enfermedad hepática avanzada Úlcera péptica activa PCR refractaria

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. La revascularización está indicada si existe un área importante de miocardio isquémico o si persisten los síntomas a pesar de administrar un tratamiento médico óptimo.

Cardiopatía isquémica aguda SCASEST Los pacientes con SCASEST constituyen un grupo muy heterogéneo con pronóstico variable. Por este motivo, es fundamental una estratificación precoz del riesgo para optar por una estrategia de tratamiento médico o intervencionista (coronariografía y revascularización si procede).

Estratificación del riesgo y manejo en SCASEST

Riesgo Bajo: no coronariografía de forma rutinaria→si isquemia inducible en test no invasivo o síntomas recurrentes. En pacientes con SCACEST ya estabilizados con el tratamiento farmacológico inicial, el tipo de revascularización.

SCACEST En el SCACEST hay una relación directa entre la mortalidad y el tiempo que se tarda en abrir la arteria ocluida. Para minimizar los tiempos de actuación y que la reperfusión sea lo antes posible, es fundamental la implementación de una red de atención sanitaria, bien organizada y basada en diagnóstico prehospitalario del SCACEST y traslado urgente al hospital más cercano con disponibilidad de ICP primaria. El algoritmo de tratamiento de reperfusión en el SCACEST se ha expuesto previamente en el presente capítulo.

- La ICP primaria (reperfusión mecánica) es el tratamiento de elección en pacientes con SCACEST, con mejores resultados que la fibrinólisis (reperfusión farmacológica).
- El tratamiento fibrinolítico es una alternativa a la reperfusión mecánica cuando la demora en la realización de la ICP primaria es inaceptablemente larga, especialmente en pacientes que habitan en zonas montañosas o rurales o pacientes trasladados a hospitales que no disponen de ICP primaria. Cuando la fibrinólisis no es eficaz debe trasladarse inmediatamente al paciente para una ICP de rescate.
- La ICP (primaria, de rescate o tras fibrinólisis) debe limitarse a la lesión culpable, a excepción del shock cardiogénico. En el shock está indicada la revascularización de todas las arterias con estenosis críticas.

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:

Variables generales:

- 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 mg/dl) en paciente no diabético

VARIABLES INFLAMATORIAS:

- Leucocitosis (>12000/ μ 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)
- Trombopenia (< 4 mg/dl)

VARIABLES DE PERFUSIÓN TISULAR:

- Hiperlactatemia (lactato > 1 mmol/L)
- Livideces o relleno capilar enlentecido

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 $PO_2 / FIO_2 < 250$ en ausencia de neumonía
- Lesión pulmonar aguda con $PO_2 / FIO_2 < 200$ en presencia de neumonía
- Bilirrubina > 2 mg/dl
- Plaquetas < 100000/ μ l
- Coagulopatía (INR > 1.5)

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 Incluyendo función renal (creatinina y urea), función hepática (bilirrubina), iones, glucemia.
- Estudio de coagulación
- Gasometría arterial (si insuficiencia respiratoria) o venosa
- Lactato
- Procalcitonina y proteína C reactiva
- Estudios microbiológicos

Retirar siempre 2 tandas de hemocultivos (2 frascos de anaerobios y 2 de aerobios) antes del inicio del tratamiento antibiótico. Ambas tandas de hemocultivos pueden ser retiradas sin intervalo de tiempo entre ellas si se obtienen de distintas punciones.

En caso de tratarse de un paciente portador de un catéter venoso central, obtener una tanda de hemocultivos a través de una punción periférica y una tanda de cada una de las luces del catéter.

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.

- Fluidoterapia
- Soporte vasopresor
- Tratamiento antibiótico
- Control del foco de infección
- Paquetes de medidas

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

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.
- Optimizar la precarga, administración de fluidos en aquellos pacientes que se encuentren hipovolémicos. En pacientes con infarto de VD se debe mantener una precarga de entre 10 y 15 mmhg. En caso de sobrecarga de volumen, situación más frecuente que la hipovolemia, se deben emplear diuréticos, con precaución para no generar hipovolemia).
- Control de la frecuencia y el ritmo cardíaco, incluyendo cardioversión eléctrica o colocación de marcapasos si es necesario

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 cardíaco

Vasopresores e inotrópicos

- Además, 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.

A) Balón intraaórtico de contrapulsación (BIACP)

El BIACP reduce la postcarga y aumenta la presión de perfusión diastólica, con lo que reduce las presiones de llenado, la regurgitación mitral y el shunt izquierda-derecha, mejora la perfusión coronaria y aumenta el gasto cardíaco. Se debe implantar en pacientes con miocardio aturdido viable a la espera de la reperfusión y a los pacientes con complicaciones mecánicas del infarto (IM aguda o rotura del

septo ventricular) a la espera de la intervención quirúrgica. Está contraindicado en caso de insuficiencia aórtica, disección aórtica y enfermedad vascular periférica.

B) Asistencia ventricular

En casos de shock cardiogénico refractario a tratamiento vasopresor/inotrópico y BIACP se debe implantar un sistema de asistencia ventricular. Existen diferentes sistemas con diferentes características en base a las que debemos elegir el más indicado en cada caso (soporte VI o del VD o de ambos, membrana de oxigenación, potencia, duración necesaria del soporte...)

2. Revascularización

A. Fibrinolisis En los pacientes con IAM y shock cardiogénico no se recomienda la fibrinólisis, dado que la tasa de éxito es muy baja y no consigue mejorar la supervivencia.

B. Intervencionismo coronario percutáneo (ICP) En los pacientes con IAM y shock cardiogénico se recomienda el ICP urgente, debe hacerse en las primeras 36 horas siguientes al IAM y dentro de las primeras 18 horas de shock. El ICP debe realizarse sobre la arteria responsable del IAM (ARI).

C. Quirúrgica La revascularización quirúrgica urgente está recomendada en pacientes con enfermedad del tronco coronario izquierdo, anatomía coronaria no favorable para ICP, enfermedad multivaso, complicaciones mecánicas del IAM o fracaso del ICP.

Shock Hipovolémico: El shock hipovolémico puede ser consecuencia de la pérdida de un gran volumen de sangre o de una deshidratación secundaria a vómitos, diarrea, quemaduras extensas

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).

Podemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo:

Emergencia hipertensiva: 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.

Urgencia hipertensiva: 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.

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.

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. Es preciso además la valoración de síntomas que sugieran afectación de órganos diana y que orienten a la presencia de enfermedades sugerentes de una emergencia hipertensiva.

Para la petición de pruebas complementarias se valorará el valor absoluto de TA, la repercusión clínica orgánica y el conocimiento de la historia previa del paciente. Puede incluir hemograma, glucemia, urea e iones, creatinina, gasometría venosa, albuminuria, sedimento urinario, determinación de tóxicos en orina (ante la sospecha de consumo de cocaína), ECG y radiografía de tórax. En caso de sospecha de aneurisma aórtico se solicitará radiografía de abdomen, ecografía abdominal y/o TAC/ecografía esofágica. A

demás la realización de un fondo de ojo en el contexto de crisis hipertensiva constituye un dato fundamental para el diagnóstico de hipertensión arterial maligna. El uso de oftalmoscopio debería formar parte de la valoración habitual de las crisis hipertensivas.

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. Se recomienda reposo físico y, según el contexto, la administración de un ansiolítico. Un reposo de 30-60 minutos puede disminuir la TA a niveles normales en hasta un 45% de los casos. Dosis de 5 a 10 mg de diazepam o cloracepato orales son suficientes. Si con las medidas anteriores persiste la HTA, el manejo terapéutico del paciente dependerá de si ya existe tratamiento previo de HTA o no. Si se trata de un paciente hipertenso ya conocido puede ser suficiente la reintroducción del fármaco (en caso de incumplimiento) o bien el ajuste de terapia oral. En pacientes con mal control debido al incumplimiento del tratamiento dietético puede ser útil la adicción de un diurético y reforzar la dieta pobre en sal. Si la HTA no era conocida se puede comenzar con una gran variedad de fármacos hipotensores orales con inicio de acción relativamente rápido, tales como el captopril oral (6.5 a 50 mg), labetalol oral (100-200 mg), nifedipino(5-10 mg) oral o furosemida (20-40 mg) oral o parentela (Guías NICE). El uso de nifedipino sublingual está contraindicado. La elección de fármaco debe ser individualizada dependiendo de las características del paciente (enfermedades concomitantes, edad, tratamiento habitual). Hay que esperar 1-2 horas pudiéndose repetir dosis o combinar fármacos hasta descender las cifras de TA. Lo ideal es mantener al paciente en observación unas horas hasta verificar la reducción de las cifras de TA a niveles seguros.

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. El objetivo es disminuir de forma controlada la TAD a cifras de $\leq 110/100$ mmhg en minutos u horas, salvo en situaciones de daño orgánica cardiovascular (edema agudo de pulmón, disección aórtica, síndrome coronario agudo) en las cuales el descenso de TA debe ser más rápido. Sin embargo, si existe daño cerebro-vascular (ACVA, encefalopatía hipertensiva...) el descenso debe ser más gradual par evitar accidentes isquémicos. Existen varios fármacos de administración parenteral que pueden

ser útiles para su manejo. La administración de un inhibidor adrenérgico (labetalol o urapidilo) o un vasodilatador (nitroglicerina, nicardipina o nitroprusiato sódico) son alternativas de tratamiento. Para la administración de nitroprusiato se requiere la medición continua de la presión arterial mediante un catéter intraarterial.

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 (la primera en mujeres) y la primera de discapacidad y siendo uno de los principales motivos de atención neurológica urgente.

CLASIFICACIÓN:

Según la naturaleza lesional se dividen en isquémicos (85%) y hemorrágicos (15%).

- Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT (accidentes isquémicos transitorios, con resolución total de la clínica en 24 y sin evidencia de lesión en las pruebas de neuroimagen) e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral. Por su etiología, en aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, de causa inhabitual y de causa desconocida
- El ictus hemorrágico se divide en hemorragia intracerebral (parenquimatosa o ventricular) y hemorragia subaracnoidea.

ACTITUD TERAPÉUTICA EN EL ICTUS HEMORRÁGICO:

- Valorar ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Reposo absoluto, cabecero elevado a 30°. Sueroterapia individualizada. Adecuada sedación, analgesia y/o bloqueo neuromuscular según necesidad. Mantenimiento de vía aérea. Intubación orotraqueal si Glasgow
- Monitorización de constantes.
- Profilaxis de la ETV: inicialmente debe proporcionarse compresión neumática intermitente, tras 3-4 días y después de comprobar el cese de sangrado se pueden iniciar dosis bajas de HBPM o no fraccionada. Si durante el ingreso aparecen datos de TVP proximal o TEP se debe proponer un filtro de vena cava.

- Reversión de los trastornos de la coagulación: Se puede usar vitamina K iv (inicio acción 6 h)., plasma fresco congelado (PPF) valorando tiempo de infusión, sulfato de protamina y complejo protrombínico
- Si no hay trastorno de la coagulación, control homeostático con Factor VII recombinante durante las primeras 4 horas desde el inicio de la sintomatología.
- · Control de las crisis comiciales con lorazepam o diazepam y posteriormente fenitoína, valorar el uso profiláctico de anticomiciales en pacientes con hemorragia lobar.
- Movilización temprana y tratamiento rehabilitador en cuanto sea posible.

ACTITUD TERAPEÚTICA EN LA HSA:

- Reposo absoluto, cabecero 30°, evitar maniobras de Valsalva (tos, náuseas, vómitos, estreñimiento).
- Monitorización cardíaca. Control de PA, iniciando antihipertensivos cuando PA>160/95 mmhg (evitar nitroprusiato sódico por riesgo de aumento de la PIC).
- Prevención del vasoespasmo:
- Tratamiento endovascular o quirúrgico (para eliminar el efecto masa o realizar un drenaje por hidrocefalia).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS.

Atención de enfermería en el paciente con descompensaciones diabéticas.

Representa 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 la deshidratación y a un estado hiperosmolar.

En la CAD, el déficit de insulina es más intenso y produce un aumento de cuerpos cetónicos y acidosis.

- Ceto acidosis diabéticas (CAD)

Es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contra reguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH) producen:

- a) Hiperglucemia (glucosa >250)
- b) Lipólisis y oxidación de ácidos grasos que producen cuerpos cetónicos (acetona, betahidroxibutirato y acetoacetato).
- c) Acidosis metabólica (pH<7,3) con anión GAP (Na-(Cl+HCO₃) elevado (>15)

Causas desencadenantes:

- Errores en el tratamiento con insulina
- Infección, neumonía, y urinaria (30-50 %)
- Comienzo de diabetes 30%
- Comorbilidad, IAM, ACV, Pancreatitis
- Mediación hiperglicemiante: corticoides y tiazidas. Simpaticomiméticos, antipsicóticos atípicos.
- Stress psicológico, trauma, alcohol, cocaína.

Manifestaciones clínicas

SINTOMAS: Sed y polidipsia, poliuria, fatiga, pérdida de peso, anorexia, náuseas y vómitos, dolor abdominal y calambres musculares.

SIGNOS: Hiperventilación, deshidratación, taquicardia, hipotensión postural, piel seca y caliente, olor cetósico, alteración de la conciencia o coma y si hay fiebre descartar infección.

Clasificación

1. Descompensación hiperglucémica hiperosmolar

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.

Fisiopatología

La deficiencia en el aporte de insulina en combinación con el aumento de la concentración de glucagón y de las hormonas contrarreguladoras (hormona del crecimiento, adrenalina y cortisol) desequilibran el metabolismo de la glucosa, provocan alteración en los lípidos con elevación de los ácidos libres en hígado y plasma, aumento de la cetogénesis,

disminución de la reserva alcalina, aumento en la producción y disminución en la captación de glucosa, aumento en la proteólisis con la consecuente liberación de aminoácidos plasmáticos, que a nivel hepático favorecen el aumento en la gluconeogénesis, conservando y perpetuando así la hiperglucemia. Como consecuencia se presenta diuresis osmótica con pérdida importante de electrolitos, deshidratación celular, depleción de volumen y estado de acidosis, que ameritan su corrección de manera inmediata y eficiente, ya que pueden conducir a un estado de depresión del sistema nervioso, coma con cetoacidosis metabólica, colapso vascular y muerte en tan sólo unas horas.

Valoración de enfermería

- Antecedentes de diabetes, medicamentos y síntomas
- Antecedentes de medicaciones relacionadas con la diabetes
- Utilización de medicamentos Antecedentes sociales y médicos (incluido el consumo de alcohol, cocaína y éxtasis)
- Vómitos y capacidad de ingerir líquidos vía oral
- Identificar el factor precipitante de la hiperglucemia (embarazo, infección, omisión de insulina, IAM, ACV)
- Evaluar situación hemodinámica
- Exploración física descartando la presencia de una infección
- Evaluar la volemia y el grado de deshidratación
- Evaluar la presencia de cetonemia y trastornos ácido básico

2. Hipoglucemia en pacientes diabéticos.

Caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales (70 mg/dl). Ocurre como consecuencia de un desbalance entre factores que elevan y bajan la glucemia.

- Aumentan la glucemia: Ingesta y hormonas contrarreguladoras.
- Disminuyen la glucemia: Disminución de la ingesta, actividad física, exceso de insulina e hipoglucemiantes orales).

TRIADA DE WHIPPLE

- Presencia de síntomas y/o signos compatibles con hipoglucemia (aunque hay pacientes asintomáticos).
- Hipoglucemia demostrable (glucemia <70)
- Resolución rápida para establecer la glucemia.

Manifestaciones clínicas

1. Adrenérgica: palpitaciones, sudoración, temblor, palidez, frialdad, irritabilidad, ansiedad, inquietud, hambre, debilidad. Visión borrosa.
2. Neuroglucopénica: cefalea, comportamiento anormal, mareo, confusión mental, delirio, negativismo, psicosis, dificultad al hablar, incapacidad de concentrarse, somnolencia, convulsiones, focalidad neurológica etc., pudiendo llegar al coma.

Clasificación

1. Hipoglucemia grave: la que requiere ayuda de otra persona para la administración de hidratos de carbono, glucagón u otras acciones de reanimación.
2. Hipoglucemia sintomática documentada: síntomas clásicos de hipoglucemia + glucemia plasmática
3. Hipoglucemia asintomática: glucemia <70 mg/dl sin síntomas clásicos de hipoglucemia.
4. Probable hipoglucemia sintomática: síntomas de hipoglucemia sin confirmación bioquímica.
5. Hipoglucemia relativa: síntomas clásicos de hipoglucemia, pero con glucemia plasmática >70 mg/dl (en diabéticos mal controlados).

Causas

- Exceso de insulina
- Alteración en la alimentación
- Alteración de la contra regulación

Cuidados de enfermería (planificación)

- Normalizar la glucosa
- Optimizar el equilibrio hídrico
- Vigilancia de la diuresis

- Control de electrolíticos
- Conservación de la higiene oral
- Mantenimiento de la integridad de la piel
- Prevención de infecciones
- Educación al paciente y familia
- Evaluación

Atención de enfermería con hemorragia digestiva.

Se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo.

Clasificación

- a) Hemorragia digestiva alta: se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y mal oliente). Aunque ocasionalmente cuando es masiva (>1 litro), puede manifestarse como rectorragia.

HDA varicosa: relacionada con hipertensión portal.

HDA no varicosa: no relacionado con hipertensión portal.

Estas son de causa no varicosa, siendo la úlcera péptica la patología más frecuente, que en nuestro medio se asocia a más del 95% a la toma de AINES o presencia de *Helicobacter pylori*.

Valoración

Empleo de escalas pronósticas tanto antes como después de la endoscopia. La más utilizada es la propuesta por Rockall.

- Estigmas endoscópicos de riesgo	Riesgo de recidiva
➤ Sangrado a chorro o babeante	67-95%
➤ Vaso visible no sangrante	22-55%
➤ Coágulo rojizo	15-30%
➤ Manchas o coágulos negros planos	4-7%
➤ Fondo de fibrina (ausencia de estigmas)	0%

- Riesgo muy bajo: (0-2) que presenta una incidencia de recidiva inferior al 5% y una mortalidad del 0.1%, para los cuales se sugiere el alta precoz y tratamiento ambulatorio.
 - Riesgo alto: (≥ 5), que presentan un riesgo de recidiva superior al 25% y una mortalidad del 17%, para los que deberemos adecuar la asistencia para evitar complicaciones.
- b) Hemorragia digestiva baja: Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

Valoración de Enfermería

- Breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva.
- Exploración física.
- Valoración hemodinámica: determinando la presión arterial, frecuencia cardiaca y valorando los signos y síntomas de compromiso.

Parámetros hemodinámicos:

- Leve: TAS > 100 mmhg y FC < 100 lpm
- Grave: TAS < 100 MMHG Y FC > 100 lpm

Cuidados de enfermería

- Control en la tensión arterial
- La presión venosa central
- La frecuencia cardiaca
- La temperatura corporal
- Analítica con gases arteriales, hemograma completo, estudios de coagulación iones y glucemias
- Pruebas cruzadas para una posible transfusión sanguínea
- Colocaremos una sonda nasogástrica para poder observar la evolución de la hemorragia y nos permita realizar lavados gástricos si fuera necesario. El lavado gástrico con suero frío se ha demostrado que carece de efecto hemostático alguno
- Colocaremos una sonda vesical permanente para control de posible shock

CONCLUSIÓN

Es destacable la importancia de la documentación de acuerdo a los objetivos, ya que de esta forma se logra percibir una buena comprensión de la lectura.

Este documento es primordial ya que va otorgada hacia el personal de salud; es sublime llevar a cabo el desarrollo de la práctica documentada ya que será desarrollada en el paciente en estado de urgencia y emergencia, dando una grata atención de inmediata y poder lograr la recuperación de la persona.

Los cuidados de enfermería serán integrales y fundamentados, que desarrollará con el equipo personal de salud en conjunto.

Este manual de enfermería concluye, en que las urgencias y emergencias son un paso fundamental para una atención integral o especial, dependiendo de la misma. Algunas de ellas pueden resultar muy simples pero no todas tienen el mismo principio que es cuidar la integridad en todas las necesidades de los pacientes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

<file:///E:/7mo%20cuatrimestre/enfermer%C3%ADa%20en%20emergencia/6c789e81bebd5a07fe449f0d1e743f97.pdf>.

https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_7_5.htm

<file:///E:/7mo%20cuatrimestre/enfermer%C3%ADa%20en%20emergencia/6c789e81bebd5a07fe449f0d1e743f97.pdf>

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina9.html>