



**NOMBRE DE ALUMNO:** AGUILAR  
HERNÁNDEZ OSVALDO EDILMAR

**NOMBRE DEL PROFESOR:** ARGUELLO  
GALVEZ MARCOS JHODANY

**NOMBRE DEL TRABAJO:** ENSAYO

**MATERIA:** ENFERMERIA EN URGENCIAS  
Y DESASTRES

**GRADO:**7\_°

**GRUPO:** B

PASIÓN POR EDUCAR

## **Manejo de cardiopatías (IAM), manejo del paciente quemado, y manejo del paciente con accidente cerebrovascular.**

Estimado lector, el propósito de hacer este artículo es para conocer un poco más sobre el manejo de accidentes los cuales serían en este caso IAM, ACV y quemaduras, por lo tanto, cabe señalar que su conocimiento es de suma importancia debido a que debemos conocer cómo se debe manejar adecuadamente para no ocasionar riesgos mayores en una intervención, por ello, invito al lector esperando que los temas a tratar a continuación sean de agrado y comprensión.

Para el manejo de cardiopatías es necesario evaluar Signos de disfunción ventricular izquierda, taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal, crepitantes, Signos de disfunción ventricular derecha, edemas periféricos, hipotensión ya que será un indicativo de un padecimiento anómalo del cual llevará a sufrir un paro cardiorrespiratorio. El tratamiento inicial será evaluar los segmentos en el ECG de las ondas S/T, si presenta inestabilidad hemodinámica se hará presencia de Hipotensión o hipertensión arterial extrema taquicardia o bradicardia, taquipnea, cianosis, retraso de relleno capilar. No obstante, proseguimos a su manejo, el cual consistirá en monitorizar segmentos S/T, sato2 continua, valorar TA cada 10 minutos, desfibrilar, aplicar oxigenoterapia, canalizar vías, mantener soporte ventilatorio y evitar punciones arteriales.

Par el uso de medicamentos, debemos estar conscientes, de que se usan analgésicos para controlar el dolor hasta 15 min. Como lo es el cloruro mórfico con dosis de 4 a 8 mg/IV y así como también encontramos a los ansiolíticos.

Dentro de las complicaciones del IAM encontramos a la disfunción ventricular izquierda: Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad. Infarto de ventrículo derecho: Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. El diagnostico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía. 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. Para un tratamiento de revascularización en cardiopatía isquémica 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). El manejo general consiste en lo siguiente; Oxigenoterapia para mantener  $saO_2$  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.

Ahora bien, hablemos de la atención de enfermería con enfermedad cerebrovascular, recordemos que esta es una alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo de las funciones del encéfalo, constituyendo la segunda causa de mortalidad y primera de discapacidad en atención neurológica emergente.

Según su naturaleza, se clasifica en isquémico y hemorrágico, ante un hemorrágico la orientación clínica puede comenzar desde la pérdida de fuerza o sensibilidad de un hemicuerpo, trastorno de la emisión o comprensión del lenguaje, pérdida de equilibrio, visión, cefalea intensa.

Para estar seguros es necesario llevar a cabo una exploración física y neurológica completa, para ello se recomienda el uso de escalas como NIHHS/HUNT-HESS. Incluso podemos incluir pruebas como TAC craneal, RX de

tórax, ECG, bioquímica y hemograma completo. En los síndromes de arteria cerebral, se presenta paresia de pierna, desviación ocular, incontinencia urinaria, afasia motora y pie contralateral. En caso de la arteria carotídea anterior, aparece hemianopsia contralateral y síndrome talámico y en la Hemorragia subaracnoidea, suele aparecer cefalea intensa, brusca y sugestiva, tanto que suele afectar más en el esfuerzo precedida de síncope o vómitos.

Para la prevención es necesario realizar una angioplastia percutánea, únicamente se recomienda la anticoagulación oral como alternativa en pacientes con intolerancia o contraindicación a los antiplaquetarios, fracaso terapéutico de estos o coexistencia con cardiopatía embólica.

Valorar ingreso en unidad de cuidados intensivos, reposo absoluto, sueroterapia individualizada, sedación, analgesia y bloqueo neuromuscular, mantenimiento de vía aérea, intubación orotraqueal y si la escala de Glasgow arroja puntaje <8, vigilar el estado neurológico.

Además, es importante llevar el control de la presión intracraneal y valorar la TA, temperatura, glucemia, profilaxis, reversión de los trastornos de coagulación, control de crisis comiciales con Lorazepam o diazepam y valorar el uso profiláctico en pacientes con hemorragia lobar.

Ahora bien, hablaremos del manejo de paciente quemado, es importante saber que las quemaduras se dividen en grado 1; solo afectan epidermis, grado 2; llegan hasta la dermis con hipersensibilidad, exudación, ampollas. Grado 3; afectan a la subdermis, fibras nerviosas destruidas, necrosis y afectan a la coagulación. Grado 4; afectan músculos y hueso.

El manejo inicial se debe interrumpir de inmediato el agente causal manteniendo siempre la seguridad del reanimador, en las quemaduras térmicas aplicar agua fría, nunca hielo, durante al menos 5 minutos. Luego evaluamos vía aérea para ver si no está comprometido. Observar si las mucosas y fosas nasales así como la cara, faringe y cuellos no se presentaron quemaduras que comprometan la función.

Es necesario inducir oxigenoterapia a la mayor concentración posible, en caso necesario preparar intubación endotraqueal por un trabajo respiratorio importante.

En el caso de la circulación, se debe monitorizar con un ECG el ritmo cardíaco, temperatura, diuresis, PH, electrolitos, hematocritos, proteínas, glucemia, creatinina, balance de líquidos, peso y radiografía de tórax.

Además de iniciar cateterización de dos vías venosas de preferencia periféricas y tras la canalización, reponer con cristaloides a 20 ml/kg en bolo.

Es importante realizar la historia clínica, preguntar el tipo de agente causal, cuándo, dónde y tiempo en que sucedió, y el tratamiento previo.

En conclusión, cabe destacar que ante la presencia de una urgencia es necesario conocer cada una de las intervenciones que en los temas se lleguen a tratar ya que de esta manera estaríamos salvando vidas de personas que necesitan de apoyo por un reanimador, el cual éste debe estar capacitado tanto teóricamente como prácticamente al querer ejecutar dichas actividades. No obstante, agradezco al lector por tomarle la atención prestada esperando que los temas hayan quedado comprendidos, gracias.

## **Bibliografía**

Jhodany, A. G. (2020). *Enfermería en Urgencias y Desastres*. Comitán Chiapas: Septiembre - Diciembre.