

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TABASCO

Enfermería de urgencia y desastre

TEMA: manual segunda parte

Lic.: Jessica del Carmen Jiménez

Alumnas: Blanca Flor Díaz Vázquez

Alejandra López Aquino

7mo cuatrimestre

grupo: I

Fecha: 03-10-20



Atención de enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica.

**Concepto:** La cardiopatía isquémica es un trastorno de las arterias coronarias en el cual existe un desequilibrio en la demanda de oxígeno por el miocardio y el suministro del mismo. La enfermedad coronaria sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos. Se han identificado factores específicos asociados con el incremento de la posibilidad de desarrollar cardiopatía isquémica.

**Clasificación:**

Infarto agudo de miocardio

Angina de pecho estable

Angina de pecho inestable

- ❖ Reversible-> si la disminución de aporte es de corta duración, no se produce muerte celular pero sí existe dolor y disfunción cardíaca. Se considera una angina de pecho.
  
- ❖ Irreversible-> la interrupción del flujo sanguíneo se produce durante el tiempo suficiente como para provocar muerte celular, considerándose un infarto.

**Fisiopatología:** es un trastorno en donde 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 este por dicha capa muscular

**Valoración de enfermería:** Las prioridades de enfermería deben orientarse a: Valorar a los pacientes, controlar el dolor, conseguir el equilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, prevenir las complicaciones y educar a los pacientes y a sus familiares.

- ✚ Calidad del dolor: sensación de opresión dolorosa, punzante, aguda, opresivo (sensación de objeto pesado sobre el pecho).
- ✚ Localización e irradiación: subesternal con irradiación hacia el hombro izquierdo, hacia ambos brazos, hacia el espacio interno, también con irradiaciones en zonas como cuello, mandíbula, dientes, el área epigástrica y espalda.

- ✚ Factores desencadenantes: puede producirse en reposo o durante el ejercicio que está asociada a las actividades que aumentan la demanda de oxígeno, el estrés emocional y las temperaturas frías.
- ✚ Duración y factores de alivio: se alivia con el descanso (3-5 minutos), cambio de posición y con la interrupción de actividades que provoquen el dolor, con la administración de nitroglicerina (NTG).
- ✚ Signos y síntomas asociados: Disnea, ansiedad, debilidad, mareo, diaforesis, signos de respuestas motora (náuseas, vómito, desmayo, piel pálida, fría y húmeda), elevación de la temperatura durante las primeras 24-48 horas.
- ✚ Examen físico: taquicardia, bradicardia (en infarto de la pared inferior) frecuencia cardíaca irregular, hipotensión, taquipnea, galope auricular y ventricular, ruidos cardíacos disminuidos y roce pericárdico (disfunción del ventrículo izquierdo), aumento de la distensión venosa yugular.
- ✚ Parámetros hemodinámicos: PAP, RVS aumentadas; GC/IC disminuidos, en infarto del ventrículo derecho: PAD, RVS aumentadas; PAP, GC/IC disminuidos.

### **Cuidados de enfermería:**

- Ingresar al paciente a la unidad coronaria lo antes posible.
- Explicar al paciente todo cuanto se le va a realizar para disminuir su ansiedad.
- Colocar al paciente en su unidad procurando que se encuentre en reposo, para evitar el secuestro de flujo sanguíneo coronario.
- Monitorizar al paciente seleccionando una derivación que permita una adecuada interpretación.
- Colocar oxígeno suplementario con puntas nasales a 3 litros por minuto.
- Obtener un ECG completo, el cual deberá repetirse cada 15 a 30 minutos, dependiendo de la evolución.
- Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración, factores precipitantes y factores que lo alivian), así como los signos y síntomas acompañantes (mareo, diaforesis, emesis, palidez, angustia, sensación de muerte inminente, disnea, signo de Levin, síncope). Hay que recordar que 25% de los pacientes pueden presentar un dolor atípico, sobre todo adultos mayores, diabéticos y mujeres. 4,6,8,9
- Canalizar una vena, de preferencia colocar un catéter central con estrictas medidas de asepsia y antisepsia.

- Obtener las muestras necesarias (Hemoglobina, química sanguínea, tiempos de coagulación y enzimas cardíacas).
- Tomar y registrar signos vitales, incluyendo la PVC y la saturación capilar.
- Descartar signos de disfunción ventricular.
- Infundir medicamentos prescritos y vigilar los efectos farmacológicos.
- Iniciar la fase 1 de rehabilitación cardíaca (fase aguda) y procurar que continúe hasta la fase 3, para favorecer el desarrollo de circulación colateral.
- Suprimir el dolor, siempre que la tensión arterial sistémica (TA) lo permita (> 90 mmHg), se inicia NTG, vigilando la TA, especialmente en el IAM inferior o cuando existe afección del ventrículo derecho, ya que es más frecuente la hipotensión y la bradicardia. La nitroglicerina actúa sobre el músculo liso del árbol coronario ocasionando vasodilatación y disminuye la precarga en caso de disfunción ventricular. La nitroglicerina no suele controlar por sí sola el dolor, por lo que es necesaria la administración de morfina.
- Realizar ECG por lo menos cada 24 horas y siempre que el paciente presente sintomatología o equivalentes anginosos.<sup>10</sup>

### 3. Disminución del gasto cardíaco, relacionado con disfunción mecánica del miocardio.

- Vigilar signos y síntomas de insuficiencia cardíaca: disnea, astenia, hipotensión, ingurgitación yugular, control de líquidos.
- Vigilar y registrar el perfil hemodinámico.
- Vigilar la presencia de arritmias, que pueden ser manifestadas por palpitaciones, mareo, síncope; que se presenta con mayor frecuencia en los SICA CEST y el IAM anterior extenso.<sup>8</sup>
- Vigilar el estado hídrico.
- Explicar al paciente cualquier procedimiento y aclarar dudas para disminuir su ansiedad.
- Procurar un entorno tranquilo.
- Administración de fármacos ansiolíticos.

## Shock

Definición Síndrome que se caracteriza por un estado de perfusión tisular deficiente, con aporte insuficiente de oxígeno a los tejidos, por lo que no se cubren las necesidades de éstos y que provoca un metabolismo tisular inadecuado, cuya consecuencia final es la disfunción y muerte celular.

### Clasificación de shock:

- ✚ Anafiláctico: reacción brusca e inesperada, mediada por el sistema inmune, que aparece como consecuencia de la exposición a una sustancia extraña en una persona previamente sensibilizada.
- ✚ Cardiogénico: en este caso el cuadro está ocasionado por un fallo de bomba. Se trata de una alteración de la contractilidad cardiaca.
- ✚ Hipovolémico: disminución importante y aguda del volumen intravascular que puede deberse a hemorragias, deshidrataciones, quemaduras extensas, vómitos y/o diarreas.
- ✚ Neurogénico: en este tipo de shock existe una lesión medular o del tronco cerebral. Se produce una pérdida del control vasomotor periférico, que conlleva al desarrollo de una intensa disminución de las resistencias vasculares periféricas
- ✚ Obstructivo: se ocasiona por patologías que comprometen el llenado ventricular, se limita el volumen sistólico y en consecuencia el gasto cardiaco.
- ✚ Séptico: aparece cuando existe una infección grave y las toxinas pasan al torrente circulatorio. Como consecuencia se desarrolla vasodilatación.

**Valoración de enfermería:** En la primera fase nos encontraremos ante un paciente con palidez, frialdad cutánea, relleno capilar retardado, taquicardia, TA normal, nerviosismo, intranquilidad, sensación de gravedad y disminución de la diuresis.

En una segunda fase, cuando los mecanismos compensadores empiezan a fallar, nos encontraremos ante un paciente con la siguiente sintomatología: palidez, frialdad, sudoración, cianosis, livideces, TA disminuida, taquicar dia, arritmias, taquipneas, respiración irregular, oliguria (diuresis inferior a 20-30 ml/h), desorientación, confusión, coma y acidosis metabólica con pH inferior a 7,20.

Lo más importante en los primeros momentos será determinar el estado de shock y posteriormente identificar el tipo para aplicar el tratamiento específico.

## Valoración específica de cada tipo de shock

- Anafiláctico: cursará con una dilatación masiva de los vasos por efecto de la histamina, especialmente sobre los capilares. Existirá prurito, congestión de mucosas, rash, eritema, urticaria, edema laríngeo, edema de epiglotis, broncoespasmo, náuseas, vómitos y diarreas.
- Cardiogénico: se apreciará dolor precordial, cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, sudor frío), palidez, alteraciones electrocardiográficas. Así mismo, puede aparecer edema agudo de pulmón a raíz de la insuficiencia cardiaca aguda.
- Hipovolémico: ver valoración general del shock puesto que cursa con los mismos síntomas.
- Neurogénico: estos pacientes presentarán piel seca, caliente e, incluso, enrojecida debido a una vasodilatación periférica. También se observará frecuencia cardiaca normal que puede llegar a bradicardia, retención urinaria, íleo paralítico, poiquilothermia (temperatura extrema o pérdida de control de la temperatura corporal con importantes descensos térmicos en las zonas expuestas). Si la lesión medular es alta puede presentar una parálisis diafragmática.
- Obstrutivo: todos los pacientes presentarán dolor torácico y, a veces, disminución del voltaje de la monitorización electrocardiográfica.
- Séptico: en la fase caliente encontramos calor, enrojecimiento de la piel, hipertermia, hiperventilación, agitación, confusión, TA más o menos mantenida y alcalosis respiratoria. En la segunda fase o fase fría encontramos vasoconstricción periférica, hipotensión, bajo gasto cardiaco, oliguria, anuria, coagulación intravascular diseminada y acidosis metabólica.

## **Atención de enfermería en pacientes hipertensivos**

### **Atención de enfermería al paciente con enfermedad cerebrovascular**

Es una enfermedad grave y muy común que se inicia bruscamente debido a la obstrucción o ruptura de un vaso sanguíneo del cerebro.

### **Atención de enfermería al paciente con descompensaciones diabéticas**

Son enfermedades que ponen en peligro vital al enfermo y que, sin embargo, son previsibles en un contexto donde se conocen bien los mecanismos implicados en su aparición y se poseen los medios educativos y terapéuticos adecuados para prevenirlos.

#### **Clasificación**

- Hiperglucemias
- Hipoglucemias

**HIPERGLUCEMIAS:** los múltiples factores que pueden descompensar una DM destacan:

- ✚ Tratamiento farmacológico inadecuado o abandonado
- ✚ Enfermedades agudas intermitentes, sobre todo infecciones
- ✚ Dieta inadecuada o transgredida
- ✚ Estrés psicógeno

Su aparición suele ser insidiosa y gradual, a excepción de la acidosis láctica, la hiperglucemia no tratada adecuadamente puede evolucionar a una diabetes descompensada tipo cetoacidosis, a una hiperglucemia hiperosmolar no cetónica o bien a una acidosis láctica.

#### **CETOACIDOSIS DIABETICA CAD**

Metabolopatía aguda y grave caracterizada por hiperglucemia, cetogénesis y acidosis metabólica.

El déficit de insulina y el aumento de las necesidades energéticas producidas por los factores causales vas a producir una deficiente modulación del metabolismo de glucosa y

lípidos, así como una potente estimulación del sistema neuroendocrino, con un aumento de las catecolaminas, la noradrenalina y, sobre todo, de la adrenalina y del glucagón.

## VALORACION

Se presenta de forma gradual y lenta en 2-3 días, siendo los vómitos, náuseas, polidipsia y debilidad general con fatiga, en los niños, aunque también en adultos se presenta dolor abdominal agudo, aparecen signos respiratorios como respiración de Kussmaul, olor intenso a acetona en el aliento y síntomas neurológicos de somnolencia y letargia con reflejos musculares deprimidos.

Con un CAD grave aparecen signos de una deshidratación severa con shock, hipotensión, taquicardia, piel seca y caliente, asfixia y estupor, es un cuadro clínico que progresa hacia el coma cetoacidótico.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sondaje vesical

Sonda nasogástrica (indicada en estado comatoso o presencia de vómitos)

Catéter venoso central (indicado en ancianos y en pacientes con shock o enfermedades cardiovasculares)

Reposición de líquidos e iones

Administración de suero salino isotónico al 0.9% por hora, se disminuirá la velocidad de infusión a 250-500 ml por hora

Administración de insulina

Administración de cloruro de potásico en el suero fisiológico

Aplicación de bicarbonato sódico

Gasometría

## Hemorragia digestiva

**Concepto:** La hemorragia digestiva (HD) se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. La hemorragia digestiva, según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treitz, la clasificaremos en hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB).

### Clasificación:

- Hemorragia digestiva alta (HDA): pérdida de sangre procedente de una lesión localizada en algún punto del esófago, estómago o duodeno, que se origina por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta por hematemesis y/o melenas.
- Hemorragia digestiva baja (HDB): pérdida de sangre procedente de una lesión localizada por debajo del ángulo de Treitz hasta el recto. Se manifiesta por rectorragia, hematoquecia y/o melenas.
- Hematemesis: vómito de contenido hemático. Puede adoptar una coloración negruzca (posos de café) o rojo brillante en función de que haya sido o no alterado por la secreción gástrica.
- Melena: deposición negra, maloliente y pegajosa, de consistencia pastosa. Permanece un mínimo de 8 horas en el tubo digestivo para su formación.
- Hematoquecia: deposición de sangre roja, brillante y fresca que puede ser independiente o no de la defecación.
- Rectorragia: emisión de sangre por el recto, independientemente de su origen.

**Fisiopatología:** La fisiopatología común a todas las hemorragias digestivas es la de hemorragia masiva: pérdida de volumen circulante y hemoderivados que llevan a un shock hipovolémico y posteriormente al paro cardiorrespiratorio y la muerte.

### Valoración de enfermería

- ✚ Evaluación inicial del paciente
- ✚ Estado de conciencia (consciente o no)
- ✚ Anamnesis
- ✚ Historia de ulcera
- ✚ Antecedentes de hepatopatía.

- ✚ Sangrado digestivo o no anterior y su causa.
- ✚ Consumo de AINEs y esteroides.
- ✚ Enfermedades asociadas; por ejemplo, discrasia sanguínea.
- ✚ Edad.
- ✚ Examen físico
- ✚ Vigilar frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA) y frecuencia respiratoria (FR).
- ✚ Estigmas periféricos de hepatopatía crónica.
- ✚ Descartar sangramiento de causa otorrinolaringológica (ORL) o de vías respiratorias.
- ✚ Tacto rectal: comprobar melena.
- ✚ Valorar cuantía de la hemorragia y clasificarla según el Colegio

### **Riesgo bajo**

- ✚ No es necesario el ayuno
- ✚ No recolocar sonda nasogástrica
- ✚ Tratamiento de cicatrización por vía oral
- ✚ Considerar el alta dentro del mismo día Riesgo intermedio/alto
- ✚ Monitorizar constantes vitales
- ✚ Valorar necesidad de PVC
- ✚ Sonda nasogástrica aconsejable postoperatoria endoscópica
- ✚ Ayuno por 24 horas
- ✚ Alta a partir del 3er. o 4to. día
- ✚ Arteriografía selectiva: solo en casos graves en que no se ha podido localizar el origen por endoscopia alta o baja. Para que sea justificable es necesario una extravasación sanguínea mayor de 0.5 mL/min. Tiene valor terapéutico (embolización).

### **Cuidados de enfermería en hemorragia aguda:**

- Realizar una valoración inicial rápida (3,4):
  - Nivel de conciencia.
  - Aparición de signos indicativos de shock hipovolémico: palidez, frialdad, sudoración, taquicardia, taquipnea e hipotensión.

- Identificar si la hemorragia es debida a una herida externa o es de causa interna.  
Revisar drenajes, sondas, heridas quirúrgicas...
- Si la hemorragia es externa comprimir el punto de sangrado con apósitos o gasas estériles.
- Pedir ayuda y avisar al facultativo.
- Siempre que sea posible, tranquilizar al paciente e informarle acerca de los cuidados a realizar.
- Colocar al paciente en función de la etiología de la hemorragia (2):
  - Si presenta signos o síntomas de shock, en decúbito supino elevando las piernas, siempre que sea posible.
  - Si presenta hematemesis o hemoptisis lateralizar la cabeza y colocar en posición ligeramente incorporada (semi-Fowler) si es posible.
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y administrar oxígeno (2,3).
- Monitorizar los signos vitales (PA, FC y saturación de oxígeno) hasta que el paciente se estabilice (2,3).
- Asegurar dos accesos venosos de calibre grueso, si es posible (2,3).
- Extraer sangre para analítica (hemograma, coagulación, bioquímica y pruebas cruzadas) aprovechando la punción. Procurar una tramitación rápida de las pruebas cruzadas para acelerar la transfusión en caso de necesidad.
- Reponer volemia según prescripción médica (5,6).
- Tener disponible el carro de parada.

## Cuidados de enfermería: Actuación de enfermería

- Historia clínica:
- Exploración física: Se realizará una exploración del paciente para complementar lo conocido en la anamnesis: - Estado de perfusión periférica (coloración de piel y mucosas, temperatura, relleno capilar). - Exploración abdominal (zonas dolorosas, irritación peritoneal...). En casos de HDA por úlcera péptica, es muy común la sensibilidad epigástrica. - Tacto rectal (masas, fecalomas...).
- Valoración de estado hemodinámico del paciente:
- Monitorización cardíaca (TA, FC, FR, SatO<sub>2</sub>). Registro horario de constantes.
- Reposición de la volemia: - Canalización de 2 vías venosas periféricas de grueso calibre. - Extracción de muestra sanguínea: Bioquímica, Hemograma, Coagulación y Pruebas cruzadas.
- Colocación al paciente en posición lateral de seguridad (para evitar una posible broncoaspiración).
- Comprobación de permeabilidad de vía aérea:
  - Aspirar secreciones/sangre si es necesario. - Valorar la necesidad de administración O<sub>2</sub>.
- Colocación de una sonda nasogástrica
- Control del nivel de conciencia.
- Valoración de la colocación de una sonda vesical (tras indicación médica).
- Realización de un electrocardiograma.
- Control del número de deposiciones y su aspecto.
- Dieta absoluta y reposo en cama.
- Rx de tórax y abdomen (portátil o no dependiendo de estado del paciente).
- Administración de tratamiento farmacológico prescrito (ranitidina, omeprazol IV...).
- Endoscopia: HDA (gastroscofia), HDB (anuscopia/colonoscopia).
- Otras pruebas complementarias (arteriografía, radiografía de bario...).
- Registro de valoración y técnicas de enfermería.
- Mantener al paciente informado en todo momento (si el estado neurológico así lo permite).
- Ingreso hospitalario del paciente (excepto pacientes con rectorragia leve, crónica y/o intermitente, hemodinámicamente estables y sin repercusión analítica)
- Monitorear Saturación de Oxígeno. .



## Bibliografía

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en082d.pdf>

[https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_7\\_3.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_7_3.htm)

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

<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/137.pdf>

[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1978/SEG.ESPECI\\_ROCIO%20SILVA%20ANTAUROCO.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1978/SEG.ESPECI_ROCIO%20SILVA%20ANTAUROCO.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

## Bibliografía

ANTAUROCO, L. R. (2017). *FACULTAD DE ENFERMERÍA* . Obtenido de [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1978/SEG.ESPECI\\_ROCIO%20SILVA%20ANTAUROCO.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1978/SEG.ESPECI_ROCIO%20SILVA%20ANTAUROCO.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Bates, L. L. (s.f.). *medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en082d.pdf>

Luna Chinchilla, M. D. (julio-agosto de 2009). Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina9.html>

*productos seleccionados para el procedimiento*. (s.f.). Obtenido de [https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_7\\_3.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_7_3.htm)

Sánchez Jiménez, C. R. (2012-2016). Obtenido de <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/137.pdf>