



Nombre de alumnos: Rafael Torres Adorno

Nombre del profesor: Nancy Domínguez Torres

Nombre del trabajo: Manual de procedimientos

Materia:

Enfermería clínica II

Grado:

Quinto

Grupo: U

Pichucalco, Chiapas a 09 de abril de 2021

INTRODUCCION:

Los manuales de procedimientos son una de las herramientas de trabajo que llevan consigo una gran aportación a la enfermería, con este podemos tener de un manual de cómo se presentan las enfermedades o casos de cirugías.

Se presentan las definiciones en el cual nos detalla el significado de las patologías, la manera en que se conoce y menciona una de sus circunstancias, tenemos la etiología el cual son las causas que estas tienen, que origina la enfermedad teniendo así la manera que podemos evitar estas. Los signos y síntomas son los que se presentan en el origen y desarrollo de las enfermedades.

El diagnostico consta de los estudios que se realizan para poder detectar que esta enfermedad se presenta, el cual nos detalla que tipo de análisis o estudios se realizan, de esta manera con el diagnostico se detecta que tan grave es la situación y se toman las medidas y tratamientos necesarios para poder combatir con estos, estos pueden ser temporales o de manera definitiva.

Por ultimo tenemos los cuidados de enfermería que son los pasos de cuidado antes, durante o después de los tratamientos, en este manual de procedimientos veremos algunas de las enfermedades que afectan a la piel.

INDICE

INTRODUCCION	2
SINCOPE	7
DEFINICIÓN	7
ETIOLOGIA	7
SIGNOS Y SINTOMAS.....	8
DIAGNOSTICO.....	8
TRATAMIENTO	9
CUIDADOS DE ENFERMERIA	9
SHOCK CARDIOGENICO.....	10
DEFINICION	10
ETIOLOGIA	10
SIGNOS Y SINTOMAS.....	10
DIAGNOSTICO.....	11
TRATAMIENTO	12
CUIDADOS DE ENFERMERIA	13
TAPONAMIENTO CARDIACO	13
DEFINICION	13
ETIOLOGIA	14
SIGNOS Y SINTOMAS.....	14
DIAGNOSTICO.....	15
TRATAMIENTO	16
CUIDADOS DE ENFERMERIA	16
ANEURISMA AORTICO.....	18
DEFINICION	18

ETIOLOGIA	18
SIGNOS Y SINTOMAS.....	19
DIAGNOSTICO.....	19
TRATAMIENTO	20
CUIDADOS DE ENFERMERIA	21
ISQUEMIA ARTERIAL PERIFERICA.....	22
DEFINICION	22
ETIOLOGIA	22
SIGNOS Y SINTOMAS.....	23
DIAGNOSTICO.....	23
TRATAMIENTO	24
CUIDADOS DE ENFERMERIA	25
SINDROME DE CLAUDICACION INTERMITENTE.....	26
DEFINICION	26
ETIOLOGIA	26
SIGNOS Y SINTOMAS.....	27
DIAGNOSTICO.....	28
TRATAMIENTO	28
CUIDADOS DE ENFERMERIA	29
ULCERAS ARTERIALES	30
DEFINICION	30
ETIOLOGIA	30
SIGNOS Y SINTOMAS.....	31
DIAGNOSTICO.....	31
TRATAMIENTO	32

CUIDADOS DE ENFERMERIA	33
VARICES.....	34
DEFINICION	34
ETIOLOGIA	34
SIGNOS Y SINTOMAS.....	35
DIAGNOSTICO.....	35
TRATAMIENTO	36
CUIDADOS DE ENFERMERIA	36
TROMBOFLEBITIS	37
DEFINICION	37
ETIOLOGIA	37
SIGNOS Y SINTOMAS.....	37
DIAGNOSTICO.....	38
TRATAMIENTO	38
CUIDADOS DE ENFERMERIA	39
ÚLCERAS VARICOSAS	40
DEFINICION	40
ETIOLOGIA	40
SIGNOS Y SINTOMAS.....	41
DIAGNOSTICO.....	41
TRATAMIENTO	41
CUIDADOS DE ENFERMERIA	42
TRAUMATISMOS TORÁDICOS	43
DEFINICION	43
ETIOLOGIA	43

SIGNOS Y SINTOMAS.....	44
DIAGNOSTICO.....	44
TRATAMIENTO	44
CUIDADOS DE ENFERMERIA	44
PARADA CARDÍACA	45
DEFINICION.....	45
ETIOLOGIA	46
SIGNOS Y SINTOMAS.....	46
DIAGNOSTICO.....	47
TRATAMIENTO	47
CUIDADOS DE ENFERMERIA	48
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAFIA	51

SINCOPE

DEFINICIÓN

El síncope es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea. El síncope se produce por una disminución transitoria del flujo sanguíneo al cerebro. Es un problema frecuente en la población general.

Es importante no confundir la pérdida verdadera de la conciencia con otros problemas como el vértigo, la ansiedad o un mareo. A diferencia del síncope, la lipotimia es un desvanecimiento, pero sin llegar a la pérdida total de la conciencia.

ETIOLOGIA

El síncope puede deberse a tres diferentes etiologías: un mecanismo reflejo o neuromediado, un origen cardiogénico que puede producirse por una arritmia o algún tipo de cardiopatía estructural, o hipotensión ortostática que puede deberse a una disfunción autonómica primaria, secundaria a una patología de base o desencadenada por fármacos hipotensores o hipovolemia. En cualquier caso, es importante destacar que, si bien la causa fundamental del síncope suele ser uno de los tres mecanismos que se han comentado, en muchas ocasiones hay más de un mecanismo que contribuye al episodio sincopal. Así, por ejemplo, en el síncope neuromediado hay un componente vasodilatador y un componente cardioinhibidor, y en el síncope por taquiarritmias se ha podido ver que al inicio de la taquiarritmia hay una hipotensión transitoria debida a un mecanismo reflejo de mala adaptación inicial a la taquicardia brusca que se recupera posteriormente.

Hipotensión transitoria de mecanismo reflejo durante la inducción de una taquicardia recíproca por vía accesoria. En el panel de la izquierda puede verse que en el momento de la inducción de la taquicardia hay una caída brusca de la presión arterial de 205/90 a 75/40 mmHg, que se manifestó clínicamente con sensación presincopal. Tras varios segundos de taquicardia (panel central), se puede observar que, a pesar de mantenerse la taquicardia, la presión arterial se estabiliza a valores de 130/70 mmHg.

SIGNOS Y SINTOMAS

Antes de desmayarte debido a un síncope vasovagal, podrías sentir lo siguiente:

- Piel pálida
- Aturdimiento
- Visión de túnel: el campo de la visión se estrecha hasta ver solo lo que está enfrente
- Náuseas
- Sensación de calor
- Sudor frío y húmedo
- Bostezos
- Visión borrosa

Durante un episodio de síncope vasovagal, los observadores pueden notar:

- Movimientos bruscos y anormales
- Pulso lento y débil
- Pupilas dilatadas

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del síncope vasovagal, a menudo, incluye descartar otras posibles causas del desmayo, en especial, los problemas relacionados con el corazón.

Algunas de estas pruebas son:

- **Electrocardiograma.** Esta prueba registra las señales eléctricas que produce tu corazón. Puede detectar los ritmos irregulares del corazón y otros problemas cardíacos. Es posible que debas llevar un monitor portátil durante al menos un día o tanto como un mes.
- **Ecocardiograma.** Esta prueba utiliza imágenes de ecografía para ver el corazón y buscar enfermedades, como problemas de válvulas, que pueden ocasionar el desmayo.
- **Prueba de esfuerzo.** Esta prueba estudia los ritmos cardíacos durante el ejercicio. Por lo general, se realiza mientras camina o corre en una cinta.

- **Análisis de sangre.** Tu médico puede buscar enfermedades, como anemia, que pueden ocasionar o contribuir a los desmayos.

TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos, el síncope vasovagal no requiere tratamiento. El médico puede ayudarte a identificar qué factores desencadenan el desmayo y hablar sobre las distintas formas de evitarlos.

Sin embargo, si sufres un síncope vasovagal con una frecuencia tal que interfiere en tu calidad de vida, el médico puede sugerir que pruebes con uno o más de los siguientes remedios.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Definición del diagnóstico NANDA (00155): Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída r/c pérdida de consciencia repentina.

Intervención NIC: 6490. Prevención de caídas.

Actividades:

- Reconocer síntomas cognitivos y físicos que puedan alertar sobre la posibilidad de caídas.
- Determinar factores y conductas que favorezcan el riesgo de caídas.
- Educar al paciente sobre cómo caer para disminuir el riesgo de lesiones.
- Evitar objetos en la superficie del suelo.
- Enseñar a la familia sobre los factores de riesgo y cómo disminuirlos.
- Educar al paciente para que realice actividades de ocio de forma segura.
- Cooperar con miembros del equipo multidisciplinar para disminuir efectos secundarios de fármacos que fomentan la posibilidad de caídas.

SHOCK CARDIOGENICO

DEFINICION

El choque cardiogénico es una enfermedad en la que el corazón repentinamente no puede bombear sangre suficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Esta afección se produce, generalmente, por un ataque cardíaco grave, pero no todas las personas que sufren un ataque cardíaco tienen un choque cardiogénico.

El choque cardiogénico es poco frecuente, pero a menudo es mortal si no se trata de inmediato. Si se trata inmediatamente, casi la mitad de las personas que presentan la enfermedad sobreviven.

ETIOLOGIA

En la mayoría de los casos, la falta de oxígeno en el corazón, generalmente por un ataque cardíaco, daña la cavidad principal de bombeo (el ventrículo izquierdo). Sin sangre rica en oxígeno que circule hacia esa zona del corazón, el músculo cardíaco puede debilitarse y llevar a un choque cardiogénico.

Muy pocas veces, los daños en el ventrículo derecho del corazón, que envía la sangre a los pulmones para recibir oxígeno, provocan un choque cardiogénico.

Otras causas posibles de choque cardiogénico incluyen las siguientes:

- Inflamación del músculo cardíaco (miocarditis)
- Infección de las válvulas cardíacas (endocarditis)
- Debilitamiento cardíaco debido a cualquier causa
- Sobredosis de un medicamento o envenenamiento con sustancias que pueden afectar la capacidad de bombeo del corazón

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas del choque cardiogénico abarcan los siguientes:

- Respiración rápida
- Falta de aire grave
- Latidos del corazón rápidos y repentinos (taquicardia)

- Pérdida del conocimiento
- Pulso débil
- Presión arterial baja (hipotensión)
- Sudoración
- Piel pálida
- Pies y manos fríos
- No orinar u orinar menos de lo normal

DIAGNOSTICO

Por lo general, el choque cardiogénico se diagnostica en la sala de urgencia. Los médicos buscarán signos y síntomas de choque, y luego realizarán estudios para encontrar la causa. Las pruebas podrían ser las siguientes:

- **Medición de la presión arterial.** Las personas en choque tienen presión arterial muy baja.
- **Electrocardiograma.** Esta prueba registra la actividad eléctrica del corazón mediante electrodos adheridos a la piel. Si tienes daño en el músculo cardíaco, problemas eléctricos o acumulación de líquido alrededor del corazón, este no conducirá los impulsos cardíacos normalmente.
- **Radiografía de tórax.** Esto le permite al médico verificar el tamaño y la forma del corazón y sus vasos sanguíneos, y si hay líquido en los pulmones.
- **Análisis de sangre.** Te extraerán una muestra de sangre para comprobar si hay daño orgánico, infección o ataque cardíaco. Es posible que se utilice otro tipo de análisis de sangre, denominado «gasometría arterial», para medir el oxígeno en sangre.
- **Ecocardiograma.** Las ondas sonoras producen una imagen del corazón, que puede ayudar a identificar daños causados por un ataque cardíaco.
- **Cateterismo cardíaco (angiografía).** Se inyecta un tinte líquido en las arterias del corazón a través de un tubo fino y largo (catéter) que se inserta en una arteria, por lo general, de la pierna. El tinte hace que las arterias se

vuelvan visibles en las radiografías y revela las zonas de bloqueo o estrechamiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento del choque cardiógeno se centra en reducir al mínimo el daño que la falta de oxígeno provoca en el músculo cardíaco y en otros órganos.

Soporte vital de urgencia

La mayoría de las personas que tienen choque cardiógeno necesita oxígeno adicional. Si es necesario, te conectarán a una máquina para respirar (respirador). Recibirás medicamentos y líquido a través de una vía intravenosa (i.v.) en el brazo.

Medicamentos

El objetivo de los líquidos y el plasma administrados por vía intravenosa y de los medicamentos que tratan el choque cardiógeno es aumentar la capacidad de bombeo del corazón.

- **Cardiotónicos.** Es posible que te den medicamentos para mejorar el funcionamiento del corazón, como norepinefrina (Levophed) o dopamina, hasta que comiencen a hacer efecto otros tratamientos.
- **Aspirina.** Es posible que los profesionales de emergencia médica te den una aspirina de inmediato para reducir los coágulos sanguíneos y mantener el flujo sanguíneo en una arteria estrechada. Toma una aspirina mientras esperas que llegue la ayuda solo si tu médico te lo recomendó para los síntomas de un ataque cardíaco.
- **Trombolíticos.** Estos medicamentos, también llamados «destructores de coágulos» o «fibrinolíticos», ayudan a disolver un coágulo que bloquea el flujo sanguíneo al corazón. Cuanto antes recibas el trombolítico después del ataque cardíaco, mayor será la probabilidad de sobrevivir. Es probable que recibas trombolíticos, como alteplasa (Activase) o reteplasa (Retavase), solo en el caso de que no pueda realizarse un cateterismo cardíaco de emergencia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Definición del diagnóstico NANDA (00155): Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caída r/c pérdida de consciencia repentina.

Intervención NIC: 6490. Prevención de caídas.

Actividades:

- Reconocer síntomas cognitivos y físicos que puedan alertar sobre la posibilidad de caídas.
- Determinar factores y conductas que favorezcan el riesgo de caídas.
- Educar al paciente sobre cómo caer para disminuir el riesgo de lesiones.
- Evitar objetos en la superficie del suelo.
- Enseñar a la familia sobre los factores de riesgo y cómo disminuirlos.
- Educar al paciente para que realice actividades de ocio de forma segura.
- Cooperar con miembros del equipo multidisciplinar para disminuir efectos secundarios de fármacos que fomentan la posibilidad de caídas.

TAPONAMIENTO CARDIACO

DEFINICION

Es la presión sobre el corazón que ocurre cuando se acumula sangre o líquido en el espacio entre el músculo del corazón y el saco exterior que cubre el corazón.

El pericardio es una membrana fibroserosa conformado por dos partes el pericardio seroso que recubre el epicardio, y el pericardio fibroso, que se divide en una hoja visceral y parietal, entre las cuales se encuentra el espacio pericárdico, que contiene hasta 50 ml de líquido seroso.

ETIOLOGIA

Las causas que producen el taponamiento cardiaco son muy variadas, y son similares a los desencadenantes del derrame pericárdico de un derrame son la presión en el saco pericárdico y la capacidad del corazón para compensar la presión elevada. El pericardio presenta en general un volumen de reserva pequeño, por eso cantidades relativamente moderadas de un líquido que se acumula de forma rápida pueden tener efectos importantes sobre la función cardiaca. Los derrames grandes que se acumulan despacio son con frecuencia, bien tolerados, debido a los cambios crónicos en la relación presión-volumen pericárdica. La respuesta compensatoria a un taponamiento pericárdico importante comprende el aumento de la estimulación adrenérgica y la supresión parasimpática, que producen taquicardia y un aumento de la contractilidad y pueden mantener el gasto cardiaco y la presión arterial durante un tiempo. Los pacientes incapaces de reaccionar con una respuesta adrenérgica normal (p. ej., los que reciben fármacos Beta bloqueantes) son más susceptibles a los efectos de un taponamiento o derrame pericárdico. La presión pericárdica elevada ejerce su efecto principalmente obstaculizando el llenado del corazón derecho, con gran parte del efecto sobre el lado izquierdo del corazón debido a un llenado incompleto secundario. Cuando el líquido se acumula, las presiones diastólicas auricular y ventricular.

SIGNOS Y SINTOMAS

En esta afección, se acumula sangre o líquido dentro del saco que rodea el corazón. Esto impide que los ventrículos se expandan completamente. El exceso de presión del líquido impide que el corazón trabaje normalmente. Como resultado de esto, el cuerpo no recibe suficiente sangre.

El taponamiento cardíaco puede ocurrir debido a:

- Aneurisma aórtico disecante (torácico)
- Cáncer pulmonar terminal
- Ataque cardíaco (IM agudo)
- Cirugía del corazón

- Pericarditis causada por infecciones virales o bacterianas
- Heridas en el corazón

Otras causas posibles abarcan:

- Tumores cardíacos
- Glándula tiroides hipoactiva
- Insuficiencia renal
- Leucemia

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de un taponamiento cardiaco, se realiza basado en los hallazgos del examen físico e historia clínica, como dolor torácico, síncope o presíncope, disnea o taquipnea, hipotensión, taquicardia, edema periférico, presión venosa yugular elevada y pulso paradójico. Estos signos y síntomas asociados con cambios en ecocardiograma como derrame pericárdico, evidencia de colapso de cámaras cardiacas, variación de flujo, dilatación de vena cava inferior; es consistente y muy sugestivo de taponamiento cardiaco. Sin embargo, el diagnóstico definitivo de esta patología se hará cuando se confirme la mejoría hemodinámica y buena respuesta clínica al drenaje de liquido pericárdico.

Los diagnósticos diferenciales del taponamiento cardiaco se analizan basado en la cronicidad de los síntomas del paciente. En el taponamiento cardiaco agudo, el paciente presenta por lo general presión venosa yugular elevada e hipotensión; en este caso se deberá distinguir entre infarto agudo de miocardio (sobre todo de ventrículo derecho), trombo embolismo pulmonar, o disección de aorta. En ninguna de estas patologías se presenta con pulso paradójico, lo cual ayudaría a diferenciarla del taponamiento cardiaco. En la forma de presentación subaguda se documenta disnea, fatiga, presión venosa yugular elevada y edema periférico; acá se debe distinguir entre pericarditis constrictiva, insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis o hepatopatía; siendo la ecocardiografía muy útil para esta distinción.

TRATAMIENTO

El tratamiento definitivo del taponamiento cardiaco, se consigue removiendo el líquido pericárdico, logrando así liberar la presión intrapericárdica y mejorando el estado hemodinámico. La decisión de drenar el líquido pericárdico depende de su evaluación clínica, hallazgos ecocardiográficos y el riesgo del procedimiento.

El taponamiento cardiaco con inestabilidad hemodinámica requiere drenaje urgente del líquido pericárdico, esto genera una mejoría rápida en la hemodinamia cardiaca del paciente. El taponamiento con mínima o nula afectación hemodinámica se puede tratar conservadoramente, con adecuada monitorización hemodinámica, ecocardiografías seriadas (cada 2 a 3 días), evitando la disminución de la volemia y tratando la causa principal del derrame pericárdico. Cualquier cambio en la cantidad del derrame pericárdico que lleva al desarrollo de síntomas compatibles con el taponamiento, requieren drenaje de líquido pericárdico lo más pronto posible.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Actuación inicial

- Control de las constantes vitales
- Control de la frecuencia respiratoria, si presenta signos de respiración trabajosa, taquipnea, disnea, cianosis.
- Realizar venoclisis.
- Administración de oxígeno si precisa.
- Extracción de analítica de sangre, comprobando electrolitos, hemograma completo y enzimas cardiacos CPK-MB.

4260 Prevención del shock:

- Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock (por ejemplo: presión arterial normal, presión del pulso estrecho, piel pálida y fría, ligera taquipnea, sed aumentada o debilidad).
- Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada: aumento de ansiedad, agitación, oliguria, extremidades frías.

- Vigilar estado respiratorio.
- Controlar el ECG.
- Controlar el pulsioxímetro.
- Administrar oxígeno, si procede.
- Ayudar a la intubación endotraqueal, si procede.

4210 Monitorización hemodinámica invasiva:

- Monitorizar la presión sanguínea (sistólica, diastólica, media), presión venosa central, aurícula derecha, presión arteria pulmonar, (sistólica, diastólica, media) y la presión capilar, arterial pulmonar enclavada.
- Ayudar en la inserción y extracción de las líneas hemodinámicas invasivas.
- Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.

5820 Disminución de la ansiedad:

- Utilizar un enfoque sereno que dé tranquilidad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente ante una situación estresante.
- Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad.

3350 Monitorización respiratoria:

- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.
- Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio.
- Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente, si procede, evitar PEEP.

ANEURISMA AORTICO

DEFINICION

Un aneurisma aórtico es una protrusión anormal que se produce en la pared del vaso sanguíneo principal (aorta) que transporta la sangre desde el corazón hasta el cuerpo. Los aneurismas aórticos pueden producirse en cualquier parte de la aorta y pueden tener forma de tubo (fusiforme) o redonda (sacciforme).

Los tipos de aneurismas aórticos incluyen los siguientes:

- **Aneurisma de la aorta abdominal.** El aneurisma de la aorta abdominal se produce a lo largo de la parte de la aorta que atraviesa el abdomen.
- **Aneurisma de la aorta torácica.** El aneurisma de la aorta torácica se produce a lo largo de la parte de la aorta que atraviesa la cavidad del pecho.

ETIOLOGIA

La etiología de los aneurismas aórticos abdominales es multifactorial, pero generalmente implica un debilitamiento de la pared arterial, generalmente por aterosclerosis. Otras causas incluyen traumatismos, vasculitis, necrosis quística de la media y dehiscencia posoperatoria de la anastomosis.

Con escasa frecuencia, la sífilis y una infección bacteriana o micótica localizada, típicamente secundaria a sepsis o a endocarditis infecciosa, debilitan la pared arterial y provocan aneurismas infectados (micóticos). La salmonelosis es la causa más común de aneurismas micóticos.

Los factores de riesgo incluyen:

- Tabaquismo (factor de riesgo más importante)
- Hipertensión
- Edad avanzada (incidencia máxima entre los 70 y 80 años)
- Antecedentes familiares (en 15 a 25%)
- Etnia (más común en blancos que en negros)
- Sexo masculino

SIGNOS Y SINTOMAS

La mayoría de los aneurismas aórticos abdominales son asintomáticos. Los síntomas y los signos, cuando ocurren, pueden ser inespecíficos, pero generalmente son el resultado de la compresión de las estructuras adyacentes. A medida que estos aneurismas se expanden pueden causar dolor, que es agudo, profundo, terebrante, visceral y se percibe sobre todo en la región lumbosacra. Los pacientes pueden notar una pulsación abdominal anormalmente prominente. Aunque la mayoría de los aneurismas crecen lentamente sin síntomas, los aneurismas que se agrandan rápidamente y que están a punto de romperse pueden ser hipersensibles.

El aneurisma puede palparse como un tumor pulsátil o no palparse, lo que depende de su tamaño y del hábito corporal del paciente. La probabilidad de que un paciente con un tumor palpable pulsátil tenga un aneurisma > 3 cm es de alrededor de 40% (valor predictivo positivo). También puede auscultarse un soplo sistólico sobre el aneurisma.

Los pacientes con un aneurisma oculto en la aorta abdominal a veces se diagnostican ante la aparición de síntomas de las complicaciones o de la causa (p. ej., fiebre, malestar general o pérdida de peso debido a una infección o a vasculitis).

DIAGNOSTICO

- A menudo, incidental
- Confirmación con ecografía o TC abdominal
- A veces, angiotomografía o angiorresonancia

La mayoría de los aneurismas de la aorta abdominal se diagnostican de manera incidental en una exploración física o en una ecografía, una TC o una resonancia magnética (RM) de abdomen solicitada por otras razones. En los ancianos con dolor abdominal o dorsal agudo, debe sospecharse un aneurisma de la aorta abdominal, independientemente de la presencia o no de un tumor pulsátil palpable.

Aneurisma aórtico abdominal (ecografía)

Cuando los síntomas o los hallazgos en el examen físico sugieren un aneurisma de la aorta abdominal, la ecografía abdominal o la TC de abdomen suelen ser las pruebas de elección. En los pacientes sintomáticos se deben realizar de inmediato pruebas de diagnóstico por la imagen para establecer el diagnóstico de rotura catastrófica. En pacientes con parámetros hemodinámicos inestables en los que se sospecha un aneurisma roto, la ecografía permite obtener resultados más rápidamente, pero la presencia de gas en el intestino y de distensión abdominal puede limitar su precisión.

Deben solicitarse pruebas de laboratorio, como hemograma completo, electrolitos, nitrógeno ureico en sangre, creatinina, tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP) y agrupación y compatibilización de la sangre, a modo de preparación para una posible cirugía.

Aneurisma aórtico abdominal (tomografía computarizada)

Si no se sospecha una rotura, la angiotomografía o la angiorresonancia magnética pueden caracterizar con mayor precisión el tamaño y la anatomía del aneurisma. Si la pared del aneurisma está tapizada por trombos, la angiografía convencional puede subestimar el tamaño real y la TC puede ofrecer una estimación más exacta. La aortografía a veces es necesaria si se sospecha enfermedad de la arteria renal o aortoiliaca o si se considera la corrección con prótesis intravasculares (endoinjertos).

La radiografía simple de abdomen no es sensible ni específica; no obstante, si se solicitan para otro fin, las radiografías pueden revelar una calcificación en la aorta que delinea la pared del aneurisma.

TRATAMIENTO

Manejo médico, particularmente control de presión arterial y dejar de fumar

Cirugía o colocación de prótesis intravascular

Algunos aneurismas aórticos abdominales se agrandan a una velocidad de 10%/año. El aumento de tamaño suele ser escalonado con períodos sin crecimiento

observado. Otros aneurismas aumentan de tamaño exponencialmente y, debido a razones desconocidas, alrededor del 20% conserva el mismo tamaño en forma indefinida.

También se considera importante el control de los factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis, en especial dejar de fumar y tomar fármacos antihipertensivos cuando esté indicado. Si un aneurisma pequeño o mediano adquiere > 5 a 5,5 cm y el riesgo de presentar complicaciones perioperatorias es menor que el peligro estimado de rotura, está indicada la reparación del AAA. El riesgo de rotura debe analizarse con el paciente comparado con el riesgo de las complicaciones perioperatorias.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Tras finalizar la cirugía el paciente será llevado a la unidad de cuidados intensivos allí el personal de Enfermería realizará:

- Toma de constantes: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión venosa central y pulsos periféricos.
- Valoración del estado de conciencia.
- Monitorización de constantes (electrocardiograma, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y presión arterial).
- Control del oxígeno administrado.
- Valoración del estado físico general.
- Administración de fluidos y medicación intravenosa prescrita.
- Control del balance hídrico.
- Valorar la incisión para detectar posible sangrado de ésta.
- Medir el perímetro abdominal de manera frecuente, cada 2 o 3 horas, para detectar un posible aumento repentino de éste, ya que es un signo de un posible hematoma retroperitoneal considerado una de las complicaciones principales cuando se coloca la endoprótesis.

En ocasiones se puede dar el llamado síndrome postimplantación, en el cual el organismo reacciona al implante produciendo un cuadro de fiebre, leucocitosis,

aumento de la proteína C reactiva y del factor de necrosis tumoral y que desaparece normalmente entre las 48 y 72 horas tras iniciarse.

ISQUEMIA ARTERIAL PERIFERICA

DEFINICION

La isquemia arterial periférica o enfermedad arterial periférica (EAP) es un conjunto de síntomas y signos que aparecen como consecuencia de la reducción del flujo sanguíneo arterial en las extremidades, especialmente en miembros inferiores. En la mayoría de las ocasiones el proceso patológico subyacente es la aterosclerosis, siendo muy frecuente la coexistencia de enfermedad vascular a nivel cerebral y coronaria en este tipo de pacientes. La EAP afecta a un 15- 20 % de los sujetos mayores de 70 años en nuestro medio.

La enfermedad en las arterias periféricas está representada por la aterosclerosis de los miembros (casi siempre inferiores) que produce isquemia. Cuando es leve, puede ser asintomática o provocar claudicación intermitente, mientras que la enfermedad grave puede ocasionar dolor en reposo con atrofia de la piel, alopecia, úlceras isquémicas y gangrena. El diagnóstico se basa en los antecedentes, el examen físico y la medición del índice tobillo-brazo.

ETIOLOGIA

La prevalencia de enfermedad arterial periférica es de alrededor del 12% en Estados Unidos; los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres. Los factores de riesgo son los mismos que para la aterosclerosis: edad avanzada, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia (aumento de las concentraciones de lipoproteína de baja densidad [LDL]), tabaquismo (incluso pasivo) u otras formas de consumo de tabaco, y antecedentes familiares de aterosclerosis. La obesidad, el sexo masculino y el nivel elevado de homocisteína también se consideran factores de riesgo.

La aterosclerosis es una enfermedad sistémica y entre el 50 y el 75% de los pacientes con enfermedad de las arterias periféricas también presenta enfermedad

coronaria o cerebrovascular clínicamente significativa. No obstante, la enfermedad coronaria puede ser silenciosa en parte porque la enfermedad arterial periférica puede evitar que el paciente realice esfuerzos suficientes para padecer una angina.

SIGNOS Y SINTOMAS

En general, la enfermedad en las arterias periféricas causa claudicación intermitente, que es una sensación de dolor, molestia, calambre, incomodidad o cansancio en las piernas durante la deambulaci3n y se alivia con el reposo. La claudicaci3n suele aparecer en las pantorrillas pero puede tambi3n manifestarse en los pies, los muslos, las caderas, los glúteos o, rara vez, los brazos. La claudicaci3n es una manifestaci3n de isquemia reversible inducida por el ejercicio similar a la angina de pecho. A medida que la enfermedad en las arterias periféricas avanza, la distancia que el paciente puede recorrer sin padecer sntomas puede disminuir y aquellos con enfermedad grave pueden presentar dolor en reposo, que refleja una isquemia irreversible. El dolor en reposo suele ser peor en las regiones distales de los miembros, se agrava al elevar la pierna (lo que a menudo causa dolor por la noche) y disminuye cuando se desciende la pierna por debajo del nivel del coraz3n. El dolor puede ser urente, constrictivo o sordo, aunque este hallazgo es inespecífico.

Alrededor del 20% de los pacientes con enfermedad arterial periférica no presenta sntomas, a veces porque no realiza suficiente actividad para inducir isquemia en las piernas. Algunos pacientes presentan sntomas atípicos (p. ej., intolerancia inespecífica al ejercicio, dolor en la cadera u otra articulaci3n).

La enfermedad leve de las arterias periféricas a menudo no provoca signos. La enfermedad moderada o grave se asocia con disminuci3n o ausencia de los pulsos periféricos (poplíteos, tibiales posteriores, pedios dorsales); con frecuencia, la ecografía Doppler puede detectar el flujo sanguíneo cuando no pueden palparse los pulsos.

DIAGNOSTICO

- Índice de tensi3n arterial tobillo-brazo
- Ecografía

- Angiografía antes de la operación

La enfermedad arterial periférica se sospecha por la clínica, pero se subdiagnostica porque muchos pacientes presentan síntomas atípicos o no realizan actividad suficiente para experimentar síntomas. La estenosis espinal (estrechamiento del canal de la columna) también puede causar dolor en la pierna durante la deambulación, pero puede distinguirse porque el dolor (denominado pseudoclaudicación) hace que el paciente deba sentarse, no sólo estar en reposo, para sentir alivio, y porque los pulsos distales permanecen normales.

El diagnóstico se confirma con pruebas no invasivas. En primer lugar, debe medirse la presión arterial sistólica en ambos brazos y ambos tobillos; dado que los pulsos en los tobillos pueden ser difíciles de palpar, el transductor de la ecografía Doppler puede colocarse sobre la arteria peroneal dorsal o la arteria tibial posterior. A menudo se usa ecografía Doppler porque los gradientes de presión y la forma de las ondas de pulso volumen pueden contribuir a distinguir entre la enfermedad arterial periférica aortoiliaca aislada, la enfermedad femoropoplítea y la distal a la rodilla.

TRATAMIENTO

El tratamiento para la enfermedad arterial periférica tiene dos objetivos principales:

- Controlar los síntomas, como el dolor de pierna, para poder retomar las actividades físicas
- Detener la evolución del aterosclerosis en todo el cuerpo para reducir el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular

Es posible que puedas lograr estos objetivos con cambios en el estilo de vida, particularmente al principio del curso de la enfermedad arterial periférica. Dejar de fumar es lo más indicado que puedes hacer para reducir el riesgo de padecer complicaciones. Caminar o hacer otro tipo de ejercicio de forma regular siguiendo un programa, lo que se conoce como ejercitación supervisada, puede mejorar los síntomas de manera notable.

Medicamentos

- **Medicamentos para bajar el colesterol.** Puedes tomar un medicamento que reduce el colesterol conocido como estatinas para disminuir el riesgo de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

El objetivo de las personas que tienen la enfermedad arterial periférica es reducir el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL), el colesterol “malo”, a menos de 100 miligramos por decilitro (mg/dL), o a 2,6 milimoles por litro (mmol/L). El objetivo es aún menor si tienes factores de riesgo adicionales importantes para los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, en especial la diabetes o el consumo continuo de tabaco.

- **Medicamentos para la presión arterial alta.** Si también tienes presión arterial alta, el médico puede recetarte medicamentos para bajarla.

El objetivo del tratamiento de la presión arterial debería ser menos de 130/80 mm Hg.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- En úlceras vasculares de extremidades no revascularizadas adecuadamente, las curas son secas, lo cual es especialmente importante para evitar la aparición y/o diseminación de infecciones. Para ello, se recomiendan materiales evotranspirables que permiten que la lesión elimine el exceso de humedad.
- Los vendajes no son compresivos con el objetivo de no aumentar en desmesura el dolor del paciente, sino que se limitan a proteger la lesión. Asimismo, es importante que los pacientes dispongan del adecuado tratamiento analgésico.
- Tras la revascularización de la extremidad, la herida deberá ser limpiada adecuadamente con el fin de garantizar su correcta cicatrización y la reducción del riesgo de infección, mediante diferentes tipos de desbridamiento: enzimático, autolítico, osmótico, quirúrgico amplio o cortante o terapia larval. Asimismo, puede producirse el edema de revascularización, que suelen ser de distribución infragenicular y distal.

- Una vez la herida esté limpia, es fundamental tomar medidas que propicien la proliferación de tejido de granulación y de epitelización. • En ocasiones, es necesario realizar compresión elástica moderada con vendajes o medias de compresión (nunca superior a 10-20 mmHg).
- Todo el proceso debe ser debidamente monitorizado.

Por otra parte, tal y como se comentó anteriormente en este trabajo, los cuidados de enfermería incluyen proporcionar educación sanitaria a los pacientes con enfermedad arterial periférica para que puedan mejorar sus hábitos de vida y, así, reducir el riesgo de sufrir este tipo de enfermedades.

SINDROME DE CLAUDICACION INTERMITENTE

DEFINICION

La claudicación intermitente es el dolor por calambre en la pierna que aparece al caminar y se alivia por el reposo. Su causa es un flujo sanguíneo insuficiente a los músculos de la pierna por la aterosclerosis (depósitos de grasa que restringen el flujo sanguíneo a través de las arterias). A las personas con claudicación leve a moderada se les aconseja que sigan caminando, dejen de fumar y reduzcan los factores de riesgo cardiovascular. Otros tratamientos incluyen terapia antiplaquetaria, pentoxifilina o cilostazol, angioplastia (inserción de un balón en la arteria para abrirla) y cirugía de derivación.

ETIOLOGIA

En la enfermedad quística adventicia la claudicación se origina por la obstrucción del lumen de un vaso sanguíneo secundario a un quiste y solo cesa con un reposo de más de 20 minutos. Su etiología es desconocida y es común en hombres de 40 a 50 años de edad. Para su diagnóstico son útiles el US, la RM y la TCA. Se obtienen mejores resultados con la aspiración del quiste guiada por US, la escisión y la resección arterial que con el tratamiento farmacológico.

Por otra parte, mutaciones en el gen ABCC6 del cromosoma 16p generan el pseudoxantoma elástico, un desorden metabólico, recesivo, que produce la

calcificación y fragmentación de las fibras elásticas del tejido conectivo. [2] Tiene una incidencia de 1: 25 000 a 1:100 000 y predomina en el sexo femenino. Los pacientes pueden presentar, además, lesiones cutáneas definidas como rash xantomatoso-papular, hemorragia retiniana, disminución de la agudeza visual, EAP de aparición temprana, nefrolitiasis, hipertensión arterial, y eventos cardíacos. Para su diagnóstico se debe realizar una biopsia cutánea junto con la confirmación genética. Registra alta morbi-mortalidad debido a su carácter progresivo.

La displasia muscular ocurre por lo general en mujeres entre 20 y 60 años de edad. El 75% de las pacientes evidencian compromiso de las arterias renales y en el 5% se ven afectadas las arterias ilíacas. Se caracteriza por la aparición de mallas fibróticas intraarteriales. Su diagnóstico definitivo se realiza por medio de TCA. Como tratamiento de primera línea se recomienda la angioplastia transluminal.

SIGNOS Y SINTOMAS

La claudicación se refiere al dolor muscular debido a la falta de oxígeno que se desencadena con la actividad y se alivia con el descanso. Los síntomas incluyen lo siguiente:

- Dolor, malestar o fatiga en los músculos cada vez que los usas
- Dolor en las pantorrillas, muslos, glúteos, caderas o pies
- Con menos frecuencia, dolor en los hombros, bíceps y antebrazos
- Dolor que mejora poco después de descansar

El dolor puede volverse más intenso con el tiempo. Quizá incluso empieces a sentir dolor en reposo.

Los signos o síntomas de la enfermedad arterial periférica, generalmente en etapas más avanzadas, incluyen:

- Piel fría
- Dolor intenso y constante que avanza hasta el entumecimiento
- Cambio de color de la piel

- Heridas que no se curan

DIAGNOSTICO

Es posible que no se diagnostique la claudicación porque muchas personas consideran que el dolor es una parte no deseada pero típica del envejecimiento. Algunas personas simplemente reducen su nivel de actividad para evitar el dolor.

El diagnóstico de claudicación y enfermedad de las arterias periféricas se basa en una revisión de los síntomas, un examen físico, una evaluación de la piel de las extremidades afectadas y pruebas para comprobar el flujo sanguíneo.

Algunas pruebas comunes utilizadas para diagnosticar la claudicación pueden incluir:

- **Medición del pulso** en las palmas de las manos o los pies para evaluar el flujo sanguíneo en toda la extremidad
- **Índice tobillo-brazo:** una comparación de la presión sanguínea en los tobillos con la presión arterial en los brazos
- **Medición de la presión sanguínea segmentaria:** una serie de mediciones de la presión arterial en diferentes áreas del brazo o la pierna para ayudar a determinar la cantidad y ubicación del daño arterial
- **Prueba de ejercicio** para determinar la máxima distancia que puedes caminar o el máximo esfuerzo sin dolor

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento de la claudicación y de la enfermedad arterial periférica son reducir el dolor y controlar los factores de riesgo que contribuyen a la enfermedad vascular.

Ejercicio

El ejercicio reduce el dolor, permite ejercitarse por más tiempo, mejora la salud vascular de las extremidades afectadas y contribuye al control del peso y a una mejora general de la calidad de vida.

Medicamentos para controlar los factores de riesgo

El médico puede recetarte uno o más medicamentos para controlar el dolor y manejar los factores de riesgo de la enfermedad vascular. Entre ellas, se incluyen los medicamentos para controlar lo siguiente:

- **Dolor.** La droga cilostazol, que mejora el flujo sanguíneo, puede reducir el dolor durante el ejercicio y permitirte caminar más.
- **Colesterol alto.** Las estatinas son una clase de drogas que ayudan a reducir el colesterol, un factor clave en la formación de placas en las arterias. Tomar estatinas puede mejorar la distancia en las caminatas.
- **Presión arterial alta.** Se pueden recetar varias clases diferentes de medicamentos para reducir la presión arterial y disminuir el riesgo de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica: pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color, temperatura, sensibilidad.

.

Inspeccionar la piel en busca de úlceras arteriales o de soluciones de continuidad de la piel.

Colocar la extremidad en posición de declive, según sea conveniente

Realizar cambios posturales mínimo cada 2 horas, si paciente dependiente

Proteger la extremidad de lesiones.

Evitar aplicación directa de calor en la extremidad.

Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación Posición de las piernas en declive y sin flexionar las rodillas ni la cadera, para favorecer la llegada de flujo a áreas más distales.

Elevar la cabecera de la cama 25-30 cm para favorecer el riego sanguíneo en zonas distales.

Realizar masaje circulatorio superficial: aplicar masajes de fricción y amasamiento en extremidades inferiores para favorecer la vasodilatación refleja e hiperemia local.

Enseñar al paciente ejercicios posturales activos: ejercicios de Buerger-Allen

ULCERAS ARTERIALES

DEFINICION

Se pueden definir como aquellas que son consecuencia de un déficit de aporte sanguíneo en la extremidad afectada secundario a una arteriopatía generalmente crónica. También se las conoce como "isquémicas".

Suelen tener una evolución crónica, con mal pronóstico debido a la poca respuesta terapéutica y a los procesos sistémicos concomitantes en los enfermos, además de un alto riesgo de infección.

ETIOLOGIA

La arteriosclerosis ateromatosa o arteriosclerosis obstructiva crónica con un 90% de los casos, constituye la principal causa de arteriopatía periférica de MMII y por tanto de úlcera isquémica.

Los signos y síntomas clínicos de la arteriopatía periférica han sido agrupados convencionalmente en la clasificación de Fontaine que encuadra a los pacientes en cuatro estadios evolutivos, basándose simplemente en la sintomatología.

Estadio I

Es el estadio inicial, cuyas manifestaciones dan lugar a serias dudas diagnósticas debido a su vaguedad. Los síntomas más característicos son frialdad, hormigueos, parestesias, palidez cutánea y calambres. De hecho, la mayoría de manuales pasan por alto la descripción de este estadio puesto que los síntomas enumerados no pueden ser considerados indicadores fiables de la enfermedad.

Estadio II

El síntoma dominante es la claudicación intermitente: el paciente siente dolor en piernas o brazos cuando los somete a ejercicio. Este dolor desaparece gradualmente al cesar el ejercicio.

La mayoría de pacientes acuden por primera vez a la consulta con este síntoma y un gran porcentaje de ellos permanecen en este estadio durante largo tiempo. Al principio, el dolor no es muy intenso y permite al paciente continuar caminando (fenómeno de andar a través del dolor); sin embargo, la marcha rápida o cuesta arriba provoca la agravación del dolor, que obliga a paciente a detenerse.

Estadio III

El síntoma cardinal de este estadio es el dolor en reposo. Este dolor puede aparecer sin que el paciente haya manifestado previamente ninguna otra molestia, pero generalmente, sigue a la fase de claudicación intermitente.

Lo más frecuente es que se presente dolor intenso cuando el paciente está en reposo, especialmente cuando se acuesta. Ello es debido a la disminución del gradiente tensional en decúbito, que da lugar a un colapso de los vasos distales. Por ello, el dolor suele manifestarse solo en las partes más distales de la extremidad (dedos, pie o talón).

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas más característicos son frialdad, hormigueos, parestesias, palidez cutánea y calambres. De hecho, la mayoría de manuales pasan por alto la descripción de este estadio puesto que los síntomas enumerados no pueden ser considerados indicadores fiables de la enfermedad.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se confirma realizando estudios vasculares invasivos o no invasivos, como el ultrasonido dúplex arterial o la arteriografía, considerada como el estándar de oro para este diagnóstico.

Este tipo de heridas requiere de un tratamiento multidisciplinario, en el que el cirujano vascular, mediante cirugía abierta o cerrada, revasculariza (regreso de la circulación normal de la sangre) la extremidad afectada y el especialista en el manejo de las heridas logra, mediante técnicas avanzadas, el cierre total de la herida, así el paciente mejora su calidad de vida y se reincorpora a su vida diaria de una manera más rápida

TRATAMIENTO

1. Administrar analgésicos prescritos previos a la cura si la ulcera fuera dolorosa.
2. Retirar con suavidad los vendajes, humedeciéndolos previamente si son de gasa.
3. Limpiar la ulcera con suero fisiológico y polihexanida-betaina, eliminando todo resto de exudado.
4. Promover la eliminación de tejidos necróticos con desbridamiento cortante, enzimático o autolítico.
5. Si hay signos de infección, tomar cultivo, suministrar antibiótico sistémico, cambiar el apósito con regularidad, hasta la desaparición de los signos clínicos de infección. Aplicar apósito bactericida.
6. En caso de exudado, usar apósitos absorbentes, como los de alginato calcico, los de hidrofibra de hidrocoloide o las mallas de carbón y plata vigilando posibles signos de maceración local.
7. Una vez que el lecho ulceral presente tejido sano, usar un apósito adecuado y cambiarlo solo cuando sea necesario.
8. Procurar la higiene y protección usando emulsiones cutáneas hidratantes en la piel perilesional y zonas atroficas.

9. No abusar de productos sensibilizantes como corticoides tópicos, aunque en caso de eccemas amplos puede ser necesario usarlos algún tiempo. El prurito local debe ser tratado de forma sistémica para evitar el rascado.
10. Tratar y evitar el edema. Aplicar terapia de compresión, con media o vendaje compresivo adecuado.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Tanto en úlceras venosas o de estasis, como en úlceras arteriales o isquémicas, el objetivo de los cuidados de enfermería es mantener la herida en las mejores condiciones posibles, además de evaluar el dolor en el paciente, y por lo tanto si lo hubiera, recomendar tratamiento farmacológico.

En las úlceras de origen venoso o de estasis, se debe eliminar el tejido necrótico, usando productos desbridantes, que aporten humedad a la herida y que actúen controlando el exudado y la infección. Se recomienda, para favorecer el retorno venoso, el drenaje postural elevando la extremidad y los vendajes compresivos; además como medidas preventivas se recomienda una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico diario y mantener una higiene diaria de extremidades con hidratación y cuidado de uñas e inspección de pies y evitar lesiones producidas por calzado o traumatismos

En las úlceras arteriales o isquémicas, con el objetivo de valorar la revascularización de la extremidad, debemos valorar la presencia de los pulsos pedios o tibiales del paciente. Principalmente el tejido afectado es necrótico y para su eliminación se recomienda la cura seca, mediante antisépticos con capacidad desbridante, hasta conseguir un tejido necrótico húmedo. Para favorecer la circulación arterial no se aplicarán apósitos oclusivos ni vendajes compresivos y se recomendará el reposo con la extremidad en declive. Entre las medidas preventivas, se debe recomendar hacer cambios en el estilo de vida del paciente y en el control de enfermedades desencadenantes como la Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA), tabaquismo, dislipemias, arteriosclerosis y enfermedades isquémicas. Se debe fomentar una dieta equilibrada, la realización de ejercicio físico diario y la higiene e

hidratación diaria, con inspección de pies y cuidado de uñas, además de evitar lesiones o traumatismos en las extremidades.

VARICES

DEFINICION

Las varices son dilataciones permanentes de las venas superficiales, típicamente en las piernas, que se producen debido a la disfunción en la acción de retorno de la sangre desde las extremidades hacia el corazón.

La función de las arterias es transportar la sangre desde el corazón hasta el resto de tejidos y la de las venas es devolver la sangre del resto del cuerpo hasta el corazón. Las varices se originan por una debilidad en las válvulas y paredes venosas, unas estructuras localizadas en el interior de las venas que permiten que el flujo de la sangre sea siempre en sentido ascendente (de las piernas al corazón). Si estas fallan, aparece el llamado reflujo, es decir que la sangre, en lugar de subir hacia el corazón, se acumula dentro de las venas de las piernas.

ETIOLOGIA

Las venas tienen válvulas unidireccionales dentro de ellas que se abren y cierran para mantener la circulación de la sangre hacia el corazón. Sin embargo, las válvulas o paredes debilitadas o dañadas en las venas pueden hacer que la sangre se acumule e incluso fluya en sentido contrario. Esto se llama reflujo. Las venas pueden crecer y distorsionarse, dando lugar a las várices. Visite [Cómo funciona el corazón \(en inglés\)](#) para obtener más información sobre el flujo sanguíneo hacia y desde el corazón.

Puede tener un mayor riesgo de desarrollar várices si usted es mayor, está sentado o permanece de pie durante períodos largos, tiene un estilo de vida sedentario, tiene sobrepeso u obesidad, o tiene antecedentes familiares de várices o trombosis venosa profunda, un tipo de tromboembolismo venoso. El embarazo y el parto también aumentan el riesgo en la mujer, especialmente los partos múltiples.

Los signos y síntomas de las várices incluyen abultamiento, venas azuladas; hinchazón; dolor punzante; sensación de pesadez en las piernas y los pies; picazón; cambios en el color de la piel; y calambres en las piernas por las noches. A veces, las várices pueden limitar sus actividades. Sus síntomas pueden empeorar cuando esté sentado o de pie durante períodos largos, y pueden mejorar cuando se acuesta o levanta los pies.

SIGNOS Y SINTOMAS

Cuando se manifiestan signos y síntomas dolorosos, estos pueden comprender lo siguiente:

- Una sensación de dolor o de pesadez en las piernas
- Ardor, pulsación, calambres musculares e hinchazón en las extremidades inferiores
- Empeoramiento del dolor después de estar sentado o de pie durante mucho tiempo
- Picazón alrededor de una o de más venas
- Decoloración de la piel alrededor de una vena varicosa

Las arañitas son similares a las venas varicosas, pero son más pequeñas. Las arañitas se encuentran más cerca de la superficie de la piel y, a menudo, son rojas o azules.

DIAGNOSTICO

Para diagnosticar las venas varicosas, el médico realizará una exploración física y también observará las piernas mientras estás de pie para verificar si hay hinchazón. El médico también te puede pedir que describas cualquier dolor en las piernas.

También puedes necesitar una ecografía para ver si las válvulas de las venas están funcionando en forma normal o si hay evidencia de un coágulo sanguíneo. En esta prueba no invasiva, un técnico pasa un pequeño dispositivo manual (transductor), aproximadamente del tamaño de una barra de jabón, contra la piel de la zona del cuerpo que se examina. El transductor transmite imágenes de las venas de las piernas a un monitor para que un técnico y el médico puedan verlas.

TRATAMIENTO

Afortunadamente, por lo general, el tratamiento no implica una estancia hospitalaria ni una recuperación prolongada e incómoda. Gracias a los procedimientos menos invasivos, las venas varicosas pueden tratarse generalmente en forma ambulatoria.

Consulta con tu médico si el seguro cubrirá parte del costo de tu tratamiento. Si se realiza puramente por motivos estéticos, es probable que tú mismo tengas que pagar el tratamiento de las venas varicosas.

Cuidado personal

El cuidado personal (como hacer ejercicios, perder peso, no usar vestimenta ajustada, elevar las piernas y evitar estar de pie o sentado por períodos prolongados) puede aliviar el dolor y prevenir que empeoren las venas varicosas.

Medias de compresión

A menudo, el uso de medias de compresión todo el día es el primer enfoque que se intenta antes de pasar a otros tratamientos. Aprietan las piernas de manera firme, lo que ayuda a las venas y los músculos de las piernas a mover la sangre más eficientemente. La compresión varía según el tipo y la marca.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Evitar factores que agravan el éstasis (retorno venoso): estos factores son el ortostatismo, obesidad, estreñimiento, ropa, calzado, posturas, embarazo.
- Favorecer el drenaje venoso: medias, posturas de descanso, ejercicio, higiene, hidroterapia, masajes. Andar una hora aproximadamente por la mañana y por la tarde, pero siempre a última hora para activar la circulación.
- Proteger miembro de agresiones infecciosas, heridas, recorte de uñas.
- Farmacoterapia y compresión de efectos secundarios, contraindicación, atención especial si está anti coagulado.
- Vigilancia ante síntomas de alarma: alteración del color y temperatura, de piel, heridas, atrofia muscular, úlceras.

- Apoyo psicológico para adaptarse a las circunstancias impuestas por la enfermedad.

TROMBOFLEBITIS

DEFINICION

La tromboflebitis es un proceso inflamatorio que hace que se forme un coágulo de sangre que bloquea una o más venas, por lo general, de las piernas. La vena afectada puede estar cerca de la superficie de la piel (tromboflebitis superficial) o dentro de un músculo (trombosis venosa profunda o TVP).

ETIOLOGIA

Dentro de las posibles causas que pueden dar lugar a una trombosis venosa están: factores genéticos, alteraciones en la coagulación de la sangre, compresiones venosas, insuficiencia venosa crónica (varices) o procesos tumorales.

A éstas se suman una serie de factores desencadenantes entre los cuales se encuentran: procesos de inmovilización prolongada (reposo en cama, viajes largos en avión en lo que se conoce como el “síndrome de la clase turista o enfermedad del viajero”), tratamiento con anticonceptivos orales u hormonas tiroideas, sobrepeso, fracturas, traumatismos, cirugía reciente, sobre todo ginecológica o traumatológica a nivel de la rodilla o de la pelvis, embarazo o parto reciente.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas de la tromboflebitis superficial incluyen los siguientes:

- Calor, sensibilidad y dolor en la zona afectada
- Enrojecimiento e hinchazón

Los signos y síntomas de la trombosis venosa profunda incluyen los siguientes:

- Dolor
- Hinchazón

Cuando se afecta una vena cercana a la superficie de la piel, es posible que observes un cordón rojo y duro debajo de la superficie de la piel que es sensible al tacto. Cuando se afecta una vena profunda en la pierna, es posible que la pierna se hinche y se vuelva sensible y dolorosa.

DIAGNOSTICO

Para diagnosticar la tromboflebitis, el médico te preguntará dónde sientes molestias y buscará las venas afectadas cerca de la superficie de la piel. Para determinar si tienes tromboflebitis superficial o trombosis venosa profunda, el médico podría elegir una de estas pruebas:

- **Ecografía.** Un dispositivo en forma de varita (transductor) que se mueve sobre el área afectada de la pierna envía ondas sonoras a la pierna. A medida que las ondas sonoras atraviesan el tejido de la pierna y rebotan, una computadora transforma las ondas en una imagen móvil en una pantalla de video.

Esta prueba puede confirmar el diagnóstico y distinguir entre la trombosis venosa profunda y la superficial.

- **Análisis de sangre.** Casi todas las personas con un coágulo sanguíneo tienen un nivel elevado en sangre de una sustancia que disuelve los coágulos y que se produce naturalmente llamada dímero D. Pero los niveles de dímeros D pueden ser elevados con otras afecciones. Así que una análisis de dímero D no es concluyente, pero puede indicar la necesidad de más pruebas.

También es útil para descartar la trombosis venosa profunda e identificar quién tiene riesgo de presentar tromboflebitis recurrente.

TRATAMIENTO

En el caso de la tromboflebitis superficial, el médico podría recomendar la aplicación de calor en la zona dolorosa, la elevación de la pierna afectada, el uso de un

medicamento antiinflamatorio no esteroide (AINE) de venta libre y posiblemente el uso de medias de compresión. La afección suele mejorar sola.

El médico también podría recomendar estos tratamientos para ambos tipos de tromboflebitis:

- **Medicamentos anticoagulantes.** Si tienes una trombosis venosa profunda, la inyección de un medicamento anticoagulante, como la heparina de bajo peso molecular, el fondaparinux (Arixtra) o el apixabán (Eliquis), evitará que los coágulos crezcan. Después del primer tratamiento, es probable que te digan que tomes warfarina (Coumadin, Jantoven) o rivaroxabán (Xarelto) durante varios meses para seguir previniendo el crecimiento de coágulos. Los anticoagulantes pueden causar un sangrado excesivo. Siga siempre cuidadosamente las instrucciones del médico.
- **Medicamentos anticoagulantes.** El tratamiento con un medicamento disolvente de coágulos se llama trombólisis. El medicamento alteplasa (Activase) se utiliza para disolver los coágulos de sangre en personas con trombosis venosa profunda extensiva, incluidas a aquellas que tienen un coágulo de sangre en los pulmones (embolia pulmonar).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Una vez valorados todos los factores concurrentes del paciente portador de catéter venoso periférico, la enfermera deberá siempre tener presente, a parte de otros problemas, derivados del mismo, el riesgo potencial de infección, que es en el que nos centraremos.

Diagnóstico de Enfermería: “Riesgo de infección en relación con inserción de catéter venoso periférico”, sobre el que versarán los objetivos, y planes de cuidados, propuestos. La flebitis es un cuadro clínico, y como tal, es entendido dentro de la dimensión el trabajo enfermero, como un problema interdependiente.

Objetivos y actividades

Al planificar objetivos y actividades para los problemas clínicos, como es el caso que nos ocupa, debe tenerse en cuenta que el papel de la Enfermería es doble: por una parte, debe llevar a cabo actividades que ha prescrito otro profesional, generalmente el médico y, por otra, debe adoptar elementos cognoscitivos y aplicar su juicio clínico a la hora de ejecutar esas actividades y de controlar la evolución del paciente.

ÚLCERAS VARICOSAS

DEFINICION

Se podrían definir como lesiones con pérdida de sustancia que asientan sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica. También se las conoce como úlceras de éstasis.

La trascendencia de la situación de integridad o no del sistema valvular en las venas profundas y la importancia de la bomba muscular gemelar en la etiología del éstasis venoso es aceptada en general.

Los factores etiopatogénicos básicos de la dermatitis de éstasis serían la dilatación de los capilares sanguíneos, la fijación perica pilar de fibrina y los trastornos linfáticos.

Son las úlceras vasculares más frecuentes, más o menos un 80% del total, por tanto, son con las que enfermería más frecuentemente se enfrenta, sobre todo a nivel ambulatorio o domiciliario.

ETIOLOGIA

La causa que las origina es una hipertensión venosa debida a la existencia de reflujo de la sangre por la presencia de venas perforantes avalvuladas. Esta hipertensión se transmite a los tejidos y origina la úlcera.

SIGNOS Y SINTOMAS

Cuando la sangre se represa en las venas de la parte inferior de la pierna, el líquido y las células sanguíneas se escapan hacia la piel y otros tejidos. Esto puede causar piel delgada con picazón y conducir a cambios en la piel, conocidos como dermatitis por estasis. Esto es un síntoma inicial de insuficiencia venosa.

Otros síntomas iniciales abarcan:

- Hinchazón, pesadez y calambres en las piernas
- Piel endurecida y de color rojo oscuro, morado, marrón (esta es una señal de que la sangre se está represando)
- Picazón y hormigueo

Los signos y síntomas de las úlceras venosas abarcan:

- Úlcera superficial con una base roja, a veces cubierta por tejido amarillo.
- Bordes formados irregularmente.
- La piel circundante puede estar brillante, tensa, tibia o caliente y descolorida.
- Dolor de pierna.

DIAGNOSTICO

La exploración física suele ser suficiente para establecer el diagnóstico de las úlceras varicosas, aunque existen algunos datos que es preciso conocer. Por esta razón, existen pruebas complementarias, de entre ellas el eco-doppler-color la que más información nos facilita. En algunos casos es necesaria la realización de una flebografía con contraste.

TRATAMIENTO

El tratamiento clásico es la compresión, el reposo y la elevación de las piernas para disminuir la hipertensión. Los apósitos y las curas locales que se emplean en estos pacientes a veces no son más que un parche que con el tiempo puede ayudar a cerrar una úlcera, pero que en muchos casos no evitará que vuelva a salir porque no cura la causa que la produce.

La hipertensión venosa, en ocasiones, se puede corregir quirúrgicamente. Hoy en día, el tratamiento de elección de estos pacientes es la escleroterapia en microespuma, un procedimiento ambulatorio e indoloro, que se hace sin anestesia y que permite corregir localmente la hipertensión venosa, cerrando la úlcera habitualmente en pocas semanas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Las medidas locales se pueden mencionar:

- Administrar analgésicos prescritos previos a la cura si la úlcera fuera dolorosa.
- Retirar con suavidad los vendajes, humedeciéndolos previamente si son de gasa.
- Limpiar la úlcera con suero fisiológico, eliminando todo resto de exudado.
- Promover la eliminación de tejidos necróticos con desbridamiento quirúrgico, enzimático o autolítico.
- Si hay signos de infección, tomar cultivo, suministrar antibiótico sistémico, cambiar el apósito con regularidad, hasta la desaparición de los signos clínicos de infección. No usar cura oclusiva. Aplicar apósito bactericida con plata.
- En caso de exudado, usar apósitos absorbentes, y si es posible la cura con apósitos semioclusivos aplicaremos el adecuado al nivel de exudado, vigilando posibles signos de maceración local. No se usarán apósitos con adhesivo si la piel perilesional está afectada.
- Una vez que el lecho ulceral presente tejido sano, usar un apósito hidrocoloide o una espuma polimérica y cambiarlo solo cuando sea necesario.

TRAUMATISMOS TORÁDICOS

DEFINICION

Un traumatismo torácico es una lesión grave en el tórax, bien sea por impactos de golpes contusos o por heridas penetrantes. El traumatismo torácico es una causa frecuente de discapacidad y mortalidad significativa, la principal causa de muerte después de un trauma físico a la cabeza y lesiones de la médula espinal.

Los traumatismos torácicos pueden afectar a la pared ósea del tórax, la pleura y los pulmones, el diafragma o el contenido del mediastino. Debido a potenciales lesiones anatómicas y funcionales de las costillas y de tejidos blandos incluyendo el corazón, pulmón o grandes vasos sanguíneos, las lesiones torácicas son Emergencias médicas que si no son tratadas rápida y adecuadamente pueden dar como resultado la muerte.

ETIOLOGIA

La mayor parte de la morbilidad y la mortalidad por traumatismo torácico se produce porque las lesiones interfieren con la respiración, la circulación, o ambos.

La respiración puede verse comprometida por

- El daño directo a los pulmones o las vías respiratorias
- Mecanismos alterados de la respiración

Las lesiones que dañan directamente el pulmón o las vías respiratorias incluyen contusión pulmonar y la interrupción traqueobronquial. Las lesiones que alteran la mecánica de la respiración incluyen hemotórax, neumotórax y tórax inestable. La lesión del pulmón, árbol traqueobronquial, o rara vez esófago puede entrar aire en los tejidos blandos del tórax y/o el cuello (enfisema subcutáneo) o mediastino (neumomediastino). Este aire en sí rara vez tiene consecuencia fisiológica significativa; la lesión subyacente es el problema. El neumotórax a tensión afecta la respiración, así como la circulación.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas incluyen dolor, que generalmente empeora con la respiración si la pared torácica se lesiona, y en ocasiones la falta de aliento.

Los hallazgos más comunes incluyen dolor de pecho, equimosis, y dificultad respiratoria; hipotensión o shock pueden estar presentes.

La distensión venosa puede ocurrir en neumotórax a tensión o taponamiento cardíaco si los pacientes tienen suficiente volumen intravascular.

Las disminuciones de los ruidos respiratorios pueden resultar a partir de neumotórax o hemotórax; percusión sobre las zonas afectadas es leve con hemotórax e hiperresonante con neumotórax.

La tráquea puede desviarse lejos del lado de un neumotórax a tensión.

En el tórax inestable, un segmento de la pared torácica se mueve paradójicamente, es decir, en la dirección opuesta del resto de la pared torácica (hacia el exterior durante la respiración y hacia adentro durante la inspiración); el segmento inestable a menudo palpable.

DIAGNOSTICO

Para su diagnóstico se requiere una radiografía de tórax. En casos de radiografía negativa y alta sospecha clínica, el TAC y la ecografía de tienen alta especificidad. La contusión pulmonar puede ser el resultado de un trauma cerrado o penetrante.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la descompresión inmediata, sin esperar la radiografía de tórax, mediante la instalación de una aguja en el segundo espacio intercostal, en la cara anterior de la pared torácica. Posteriormente se debe colocar un drenaje pleural, con lo que el paciente se salva de la urgencia inmediata.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Ayudar al paciente en las primeras deambulaciones de forma supervisada.

- Instruir al paciente de las técnicas más adecuadas y progresivas para la deambulación segura.
- Animar al paciente a que esté levantado.
- Animar al paciente a realizar cambio de posición en la cama.
- Cambios de posición del paciente cada dos horas.
- Evitar colocar al paciente en posiciones incómodas o que aumenten su dolor.
- Vigilar las zonas enrojecidas.
- Valorar diaria del estado de la piel.
- Inspeccionar prominencias óseas y zonas de elevada presión.
- Hidratar la piel durante los aseos.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Observar si existen sonidos y movimientos intestinales.
- Administrar supositorios de glicerina.
- Administrar laxantes o enemas.
- Consumir una dieta rica en fibra.
- Evaluar medicación para descartar efectos secundarios intestinales.

PARADA CARDÍACA

DEFINICION

La parada cardiaca súbita o muerte súbita cardiaca es una pérdida brusca del pulso y el conocimiento causada por un fallo inesperado de la capacidad del corazón para bombear eficazmente sangre al cerebro y a todo el organismo. Suele estar causada por arritmias potencialmente mortales y anomalías en el sistema eléctrico del corazón.

Consecuencias del paro cardiaco

El corazón bombea sangre a todos los órganos del cuerpo. Si el corazón deja de funcionar (paro cardiaco), el flujo sanguíneo se detiene, los órganos empiezan a fallar y en cuestión de minutos la persona muere. Si el paro cardiaco puede detectarse y tratarse de inmediato, pueden evitarse daños serios a los órganos,

daño cerebral o incluso la muerte. Puede ocurrirle a cualquier persona, adulto, niño, incluso a una persona que parecía gozar de buena salud.

ETIOLOGIA

- Infarto de miocardio
- Enfermedades de las válvulas cardíacas o del músculo cardíaco
- Arritmias
- Pérdida importante de sangre debido a un traumatismo o a sangrado interno
- Descargas eléctricas
- Falta de suministro de oxígeno en situaciones tales como ataques severos de asma, ahogamientos o atragantamientos.
- Shock cardiogénico
- Accidentes cerebrovasculares.
- Ciertos trastornos genéticos que afectan al corazón

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas del paro cardíaco repentino son inmediatos y drásticos, entre ellos:

- Colapso súbito
- Falta de pulso
- Falta de respiración
- Pérdida del conocimiento

A veces, otros signos y síntomas preceden al paro cardíaco repentino. Entre estos se podrían incluir los siguientes:

- Molestia en el pecho
- Falta de aire
- Debilidad
- Corazón que late rápido, está agitado o palpita fuertemente (palpitaciones)

DIAGNOSTICO

Si sobrevives a un paro cardíaco repentino, el médico tratará de saber qué lo causó para ayudar a prevenir futuros episodios. Algunas de las pruebas que el médico puede recomendarte incluyen:

Electrocardiograma (ECG)

Durante un electrocardiograma, los sensores (electrodos) que pueden detectar la actividad eléctrica del corazón se adhieren al pecho y, a veces, a las extremidades. En un electrocardiograma, se pueden detectar alteraciones en el ritmo cardíaco o patrones eléctricos anormales, como el intervalo QT prolongado, que aumenta el riesgo de muerte súbita.

Análisis de sangre

Se podría analizar una muestra de sangre para verificar los niveles de potasio, magnesio, hormonas y otros químicos que pueden afectar la capacidad de funcionamiento del corazón. Otros análisis de sangre pueden detectar lesiones cardíacas recientes y ataques cardíacos.

TRATAMIENTO

El paro cardíaco repentino requiere acción inmediata para la supervivencia.

RCP

La RCP inmediata es crucial para tratar un paro cardíaco repentino. Al mantener un flujo de sangre rica en oxígeno a los órganos vitales del cuerpo, la RCP puede brindar un vínculo vital hasta que se disponga de atención de emergencia más avanzada.

Si una persona se desmaya, queda inconsciente cerca de ti y no sabes hacer RCP, llama al 911 u obtén ayuda médica de urgencia. Luego, si la persona no está respirando de forma normal, comienza a empujarle con fuerza y rapidez el pecho, a un ritmo de 100 a 120 compresiones por minuto, permitiendo que se eleve el pecho completamente entre las compresiones. Haz esto hasta que haya disponible un desfibrilador externo automático o hasta que llegue el personal de urgencias.

Desfibrilación

Los cuidados avanzados para la fibrilación ventricular, un tipo de arritmia que causa un paro cardíaco repentino, por lo general constan de un choque eléctrico al corazón a través de la pared torácica. El procedimiento, conocido como "desfibrilación", detiene momentáneamente el corazón y el ritmo caótico. Esto a menudo permite que se restablezca el ritmo cardíaco normal.

Los desfibriladores se programan para reconocer la fibrilación ventricular y enviar un choque solo cuando corresponde. Estos desfibriladores portátiles, como los desfibriladores externos automáticos, están cada vez más disponibles en lugares públicos, entre ellos, aeropuertos, centros comerciales, clubes deportivos y centros comunitarios y para personas mayores.

En la sala de urgencias

Una vez que llegues a la sala de emergencias, el personal médico trabajará para estabilizar tu afección y tratar un posible ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca o desequilibrio de electrolitos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

El profesional en Enfermería deberá tener conocimientos, habilidades, destrezas, motivación, responsabilidad, autocontrol, seguridad, liderazgo y principios éticos que le permitan estar preparado, actuar en forma oportuna y precisa con el fin de disminuir la mortalidad y establecer la supervivencia.

Los cuidados postparada cardiaca están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia/reperfusión secundarias a la misma. Los cuidados post reanimación cardiopulmonar (RCP) son el último eslabón de la cadena de supervivencia ya que influyen significativamente en los resultados globales y particularmente en la calidad de la recuperación neurológica.

Vía aérea y respiración

- Mantener SatO₂ entre 94-98%.
- Establecer vía aérea avanzada.
- Capnografía con forma de onda.
- Ventilar para conseguir normocapnia.

Circulación

- ECG de 12 derivaciones
- Obtener acceso intravenoso.
- Objetivo TAS > 100 mmHg.
- Restaurar normovolemia.
- Monitorización signos vitales.

Control de temperatura

- Temperatura entre 32-36°C
- Sedación, control de tiritona.

CONCLUSION

En estas lesiones que se fueron desarrollaron pudimos ver que los cuidados siempre constan de recuperación. Consideramos de gran relevancia que el personal de Enfermería esté familiarizado con la sintomatología del shock y que conozca cuidadosamente las intervenciones para un mejor y eficaz manejo de la situación con el paciente.

El reconocimiento rápido por el profesional de Enfermería de los signos y síntomas y la puesta en marcha de los mecanismos terapéuticos adecuados evitaran el desenlace fatal de este tipo de patologías en las que el tiempo es un factor que actúa en contra del paciente.

El uso del proceso enfermero y de los planes de cuidados proporcionan la base para una valoración y evaluación continua, ya que es un proceso dinámico y cambiante en la medida de que se van modificando las necesidades del paciente. Con este fin debemos de implementar en nuestro diario actuar con los pacientes el proceso enfermero.

En la forma en que se ha planteado, estas unidades suponen la aplicación de algoritmos de obligado seguimiento, basados en las guías de actuación clínica, la coordinación de la atención de estos pacientes en uno o dos responsables de su manejo y el establecimiento de unas vías preferentes de acceso para los pacientes considerados de más riesgo, así como mayor facilidad para la realización de pruebas necesarias para atenderles. Se ha visto que el seguimiento de estas directrices aumenta la tasa de diagnósticos y disminuye el uso de pruebas innecesarias y la tasa de ingresos inadecuados.

BIBLIOGRAFIA:

- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-parada-cardiorrespiratoria/>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sudden-cardiac-arrest/diagnosis-treatment/drc-20350640>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-para-un-paciente-con-traumatismo-toracico/>
- <https://www.npunto.es/revista/16/manejo-enfermero-en-paciente-con-traumatismo-toracico>
- <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1245#:~:text=El%20tratamiento%20consiste%20en%20la, salva%20de%20la%20urgencia%20inmediata.>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trauma-torax-S0716864011704734#:~:text=Para%20su%20diagn%C3%B3stico%20se%20requiere,ecograf%C3%ADa%20de%20tienen%20alta%20especificidad.&text=La%20contusi%C3%B3n%20pulmonar%20puede%20ser,un%20trauma%20cerrado%20o%20penetrante.>
- <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-428-10.pdf>
- [https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-tor%C3%A1cico/generalidades-sobre-los-traumatismos-tor%C3%A1cicos#:~:text=intrator%C3%A1cica%20\(empiema\).-,Signos%20y%20s%C3%ADntomas,o%20shock%20pueden%20estar%20presentes.](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-tor%C3%A1cico/generalidades-sobre-los-traumatismos-tor%C3%A1cicos#:~:text=intrator%C3%A1cica%20(empiema).-,Signos%20y%20s%C3%ADntomas,o%20shock%20pueden%20estar%20presentes.)
- https://es.wikipedia.org/wiki/Traumatismo_de_t%C3%B3rax
- <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/traumatismo-toracico>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-enfermeria-cuidado-de-ulceras->

