

Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Rafael Torres Adorno

Nombre del tema: Evaluación psicomotriz

Parcial: 3ER

Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias y desastres

Nombre del profesor: Javier Gómez Galera

Nombre de la Licenciatura: Enfermería Escolarizado

Cuatrimestre; 7mo

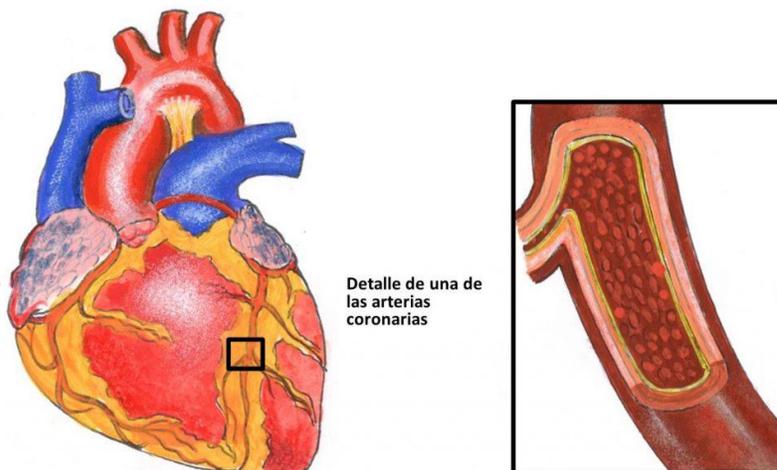
Pichucalco, Chiapas a 29 de octubre del 2021

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La **cardiopatía isquémica** es la **enfermedad** ocasionada por la arterosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al **músculo cardíaco (miocardio)**. La **arterosclerosis** coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias.

La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se puede prevenir de forma significativa si se conocen y controlan sus factores de riesgo cardiovascular. Los principales factores que la producen son:

- Edad avanzada
- Se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia
- Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia
- Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo)
- Disminución de los valores de colesterol HDL (bueno)
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Sedentarismo
- Haber presentado previamente la enfermedad (los pacientes que ya han presentado angina o infarto tienen más riesgo que los que no los han presentado)



Detalle de una de las arterias coronarias

Fig: Al igual que cualquier otro órgano, el músculo cardíaco también requiere un sistema de arterias que le proporcione oxígeno y nutrientes para realizar su función. Las arterias que llevan sangre al músculo cardíaco se llaman arterias coronarias.

Los pacientes con múltiples factores de riesgo tienen mayor probabilidad de padecer enfermedad obstructiva de las arterias coronarias, y por tanto, más posibilidades de angina o infarto. Además, en el llamado síndrome metabólico, es decir, asociación de obesidad, diabetes, aumento del colesterol e hipertensión, los pacientes presentan más riesgo. La probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular (coronaria) o de morir del corazón se puede calcular por distintas puntuaciones (SCORE, Framingham, etc.).

Tipos de cardiopatía isquémica

Infarto agudo de miocardio

Es una enfermedad grave que ocurre como consecuencia de la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo. La consecuencia final es la muerte (necrosis) del territorio que irriga la arteria obstruida. Por tanto, la gravedad del infarto de miocardio dependerá de la cantidad de músculo cardíaco que se pierda. El infarto suele ser un evento inesperado que se puede presentar en personas sanas, aunque generalmente es más frecuente en quienes tienen factores de riesgo y en enfermos que ya han padecido otra manifestación de cardiopatía isquémica.

El infarto se manifiesta por un dolor en el pecho de similares características a la angina, pero mantenido durante más de 20 minutos. Puede ir acompañado de fatiga, sudor frío, mareo o angustia. Va asociado con frecuencia a una sensación de gravedad, tanto por la percepción del propio enfermo, como por las respuestas urgentes que habitualmente provoca en el entorno sanitario que lo atiende. Pero la ausencia de esta sensación no excluye su presencia. Puede ocurrir en reposo y no remite espontáneamente.

Angina de pecho estable

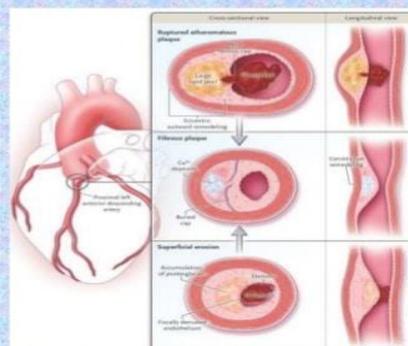
Síntomas

La angina de pecho estable se manifiesta por dolor recurrente en el tórax debido a isquemia miocárdica. Quienes la han sufrido la definen con términos como opresión, tirantez, quemazón o hinchazón. Se localiza en la zona del esternón, aunque puede irradiarse a la mandíbula, la garganta, el hombro, la espalda y el brazo o la muñeca izquierda. Suele durar entre 1 y 15 minutos. El dolor de la angina se desencadena tras el ejercicio físico o las emociones y se alivia en pocos minutos con reposo o nitroglicerina sublingual. Suele empeorar en circunstancias como anemia, hipertensión no controlada y fiebre. Además, el tiempo frío, el tabaquismo, la humedad o una comida copiosa pueden incrementar la intensidad y la frecuencia de los episodios anginosos.

Angina de pecho inestable

Suele ser signo de muy alto riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte súbita. La angina inestable se desencadena igual que el infarto, pero en este caso no existe una oclusión completa de la arteria coronaria por el trombo y no se ha llegado a producir muerte de células cardíacas. Se manifiesta en reposo por un dolor u opresión que empieza en el centro del pecho y puede extenderse a brazos, cuello, mandíbula y espalda. Es decir, los síntomas son iguales a los del infarto, aunque generalmente de menor duración e intensidad. Esta angina debe ser tratada como una emergencia, ya que hay un elevado riesgo de producirse un infarto, una arritmia grave o muerte súbita.

Fisiopatología



1. Estrechamiento de la arteria coronaria

- Trombo no oclusivo
- Aterosclerosis progresiva
- Re-estenosis

La principal intervención que se debe realizar desde Enfermería es la prevención de la aparición de la cardiopatía isquémica. Mediante la aplicación de escalas que miden el riesgo cardiovascular, como son la SCORE Framingham o REGICOR, se definirá la intensidad de la intervención que deberá realizarse, así como los recursos que tendrán que ponerse a disposición de la terapia.

Será importante controlar los factores de riesgo cardiovascular, educación a la población sobre aquellos que son modificables:

- Evitación tabáquica
- Control del peso
- Mantener una dieta cardiosaludable, disminuyendo el consumo de grasas saturadas de origen animal para consumir, en su lugar, grasas insaturadas de pescado o aceites vegetales, así como aumentar el consumo de frutas, verduras y legumbres.
- Control sobre la tensión arterial, la glucemia y el colesterol, manteniéndolos en rangos de objetivo terapéutico:
 - Glucemias inferiores a 110mg/dl y HbA1c inferior al 6,1%
 - Tensión Arterial inferior a 140/90mmHg (130/90 si el paciente es diabético)
 - Colesterol por debajo de 200 mg/dl con LDL inferior a 120mg/dl, triglicéridos por debajo de 150 mg/dl. El colesterol HDL se recomienda que se encuentre por encima de los 40 mg/dl en hombres y de 50 mg/dl en mujeres
- Evitar situaciones que puedan desencadenar angina, como la realización de ejercicio intenso o prolongado, la exposición al frío extremo o someterse a situaciones de tensión emocional
- Practicar, de forma regular, ejercicio físico ligero: 30-45 minutos de marcha 3 veces por semana
- Además, deberá instruirse a los pacientes que ya hayan padecido una angina de pecho o estén dentro de la población en riesgo, sobre:
 - Identificar las causas de las crisis para ayudar a prevenirla

Explicar al paciente su enfermedad de forma que alivie su ansiedad

Reforzar la importancia de acudir al Centro de Salud ante cualquier dolor torácico para la pronta realización de un electrocardiograma

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los países desarrollados. Se estima que aproximadamente un 1% de los pacientes con hipertensión arterial presentan durante su evolución un episodio de crisis hipertensiva, definida como una elevación aguda de la PA sobre los niveles basales

MANEJO DE LAS URGENCIAS HIPERTENSIVAS

En la mayoría de los pacientes con HTA grave no se observa habitualmente lesión aguda de órgano diana. En estos casos, el objetivo será reducir gradualmente la PA por debajo de 160/100 mmHg, en un intervalo de horas a días^{7,8}. En ocasiones, el reposo y el control de los factores desencadenantes permiten que la PA vuelva a los valores habituales. En pacientes hipertensos previamente tratados, se puede incrementar la dosis de la medicación antihipertensiva que ya estuviese tomando o añadir otro fármaco; en pacientes con mal cumplimiento terapéutico, se debe reintroducir la medicación, y en pacientes con ingesta de sal excesiva, hay que añadir un diurético e insistir en la restricción salina. En individuos sin antecedentes de hipertensión, debe iniciarse el tratamiento antihipertensivo oral siguiendo las guías para el manejo de la HTA si persiste la elevación de la PA.

Las urgencias hipertensivas incluyen a los pacientes con elevación aguda de la presión arterial (PA), pero sin lesión aguda de ningún órgano diana.

Elevación grave de la presión arterial

Diastólica mayor de **120 mmHg**
Sistólica **180 mmHg**

Se clasifica en:

EMERGENCIA
Daño agudo a órgano blanco

URGENCIA
Elevación de presión arterial en pacientes con hipertensión crónica con daño crónico en algún órgano sin relación con daño agudo

Las emergencias hipertensivas se definen por la elevación aguda de la PA, acompañada de lesión aguda de uno o varios órganos diana. La evaluación inicial del paciente con elevación aguda de la PA está encaminada a confirmar el aumento de ésta y a descartar la existencia de lesión en un órgano diana, para poder diferenciar las urgencias de las emergencias hipertensivas.

En las urgencias hipertensivas el objetivo será reducir gradualmente la PA, en un intervalo de horas a días, con reposo, control de los factores desencadenantes o tratamiento antihipertensivo por vía oral. El manejo de las emergencias hipertensivas habitualmente suele requerir el ingreso en unidades de Cuidados Intensivos, descenso rápido de la PA con tratamiento por vía endovenosa y monitorización intensiva de la PA y la lesión del órgano diana.

Las emergencias hipertensivas son consideradas como condiciones en las que la PA debe ser reducida en un corto intervalo de tiempo a niveles considerados como seguros, dependiendo de la patología acompañante, con drogas por vía parenteral y con monitorización intensiva. En las urgencias hipertensivas, el control de la PA puede alcanzarse con drogas por vía oral en intervalos de tiempo más largos (24-48 horas), y el manejo puede ser ambulatorio.

Exploración física inicial

Medida correcta de la presión arterial	En condiciones basales, postura correcta, con el brazal adecuado, varias lecturas, preferiblemente por enfermería.
Fondo de ojo	Clasificación de la retinopatía hipertensiva de Keith Wagener: Grado I: Cambios vasculares mínimos. Estrechez arteriolar. Grado II: Arterias en "hilo de plata". Cruces arterio-venosas patológicos. Tortuosidades arteriales Grado III*: Hemorragias o exudados algodonosos o duros. Grado IV*: Presencia de edema de papila (*) Diagnóstico de hipertensión acelerada-maligna
Exploración neurológica	Alteración de la consciencia, focalidad neurológica o coma sugieren una encefalopatía hipertensiva o una enfermedad cerebro vascular aguda
Exploración cardio-pulmonar	La presencia de ingurgitación yugular, edemas, crepitantes, tercer ruido o "galope", pueden indicar una insuficiencia cardiaca

URGENCIA Y EMERGENCIA hipertensiva

Crifras límite de una crisis hipertensiva
TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (TAS) \geq 210 mmHg
TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (TAD) \geq 120 mmHg

Elevación aguda de las cifras de Tensión Arterial (TA) capaz de producir alteraciones estructurales o funcionales en órganos

Diferencias	Urgencia hipertensiva	Emergencia hipertensiva
Concepto	↑ TA SIN daño orgánico	↑ TA CON alteraciones en órganos diana
Síntomas	Asintomático o síntomas inespecíficos, sin riesgo vital inmediato 	Compromiso inminente de la vida del paciente Incluye: Hemorragia intracraneal, Cardiopatía isquémica, ICC/edema agudo de pulmón, ICTUS (entre otros)
Objetivo	↓ TA en 24-48 horas	↓ TA en minutos o pocas horas
Tratamiento	Preferible VO	Via intravenosa
Evolución	NO asistencia hospitalaria	SI ingreso hospitalario

BIBLIOGRAFIA;

Antología UDS