



**MAPA CONCEPTUAL**

**Mi Universidad**

**NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA YATZIRI CASTILLO FIGUEROA**

**TEMA: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4**

**PARCIAL: III**

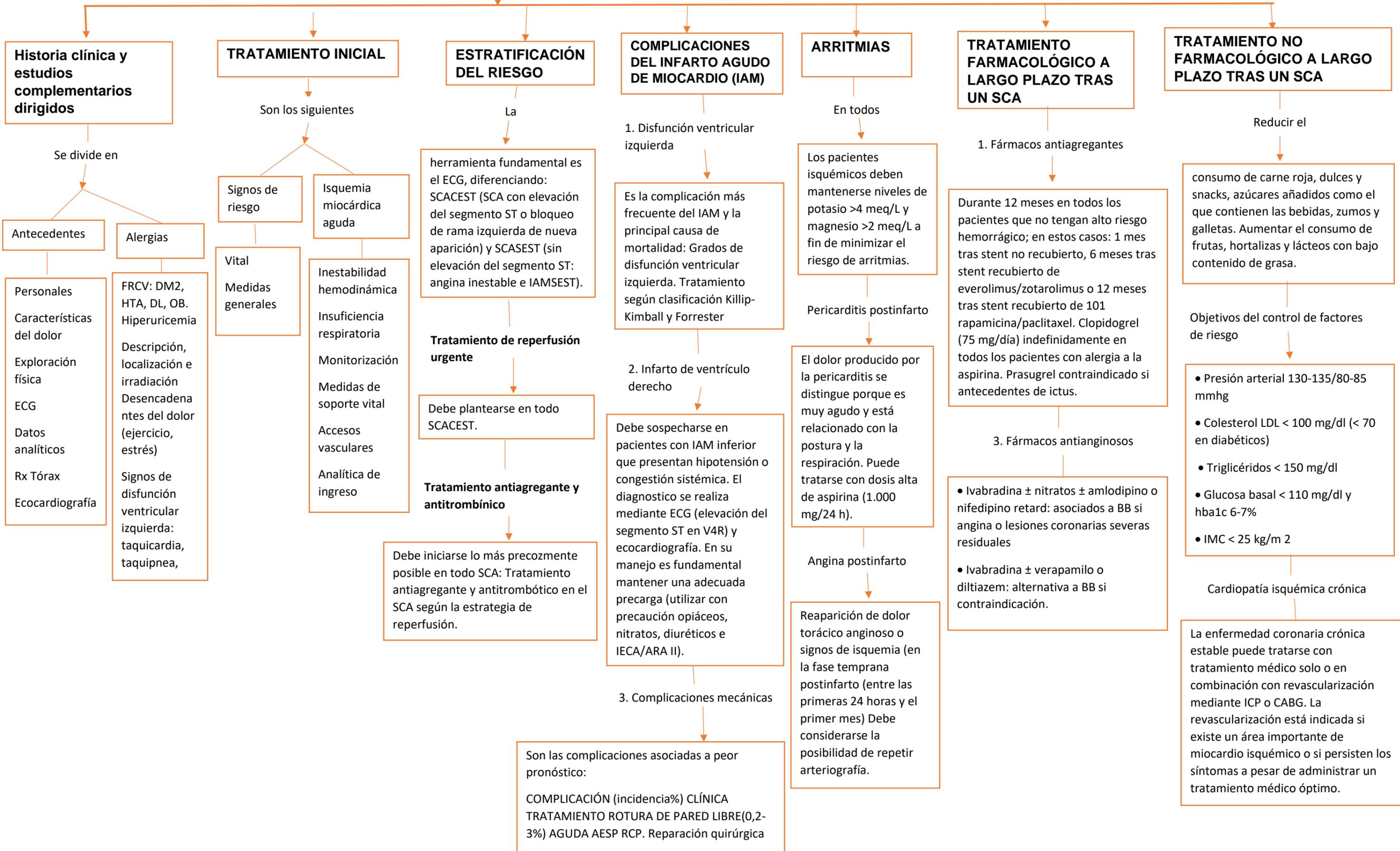
**MATERIA: Urgencias y desastres**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Ruben Eduardo Dominguez**

**LICENCIATURA: ENFERMERIA**

**CUATRIMESTRE: 7°**

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA



# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK

## SEPSIS

Es una

Infección, confirmada o sospechada, y alguna de las siguientes variables:

Variables generales

- Fiebre o hipotermia ( $T^a >38^{\circ}C$  ó  $90$  lpm)
- Taquipnea ( $FR >20$  rpm)
- Alteración del estado mental
- Edema significativo o balance hídrico positivo  $>20$  ml/Kg en 24h
- Hiperglucemia ( $>140$  mg/dl) en paciente no diabético

Variables inflamatorias

- Leucocitosis ( $>12000/\mu l$ )
- Leucopenia (10% de formas inmaduras)
- Elevación de PCR y de PCT

Variables hemodinámicas

- Hipotensión arterial ( $tas < 40$  mmhg)

## SEPSIS GRAVE

Hipoperfusión tisular o disfunción orgánica atribuida a la sepsis

- Hipotensión inducida por la sepsis
- Elevación de lactato (por encima de la cifra normal de laboratorio)
- Diuresis  $2.0$  mg/dl

### Shock Séptico

Hipotensión inducida por la sepsis que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos.

Estudios complementarios

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

## SHOCK CARDIOGÉNICO

Definición

1. Hipotensión arterial: Presión arterial sistólica  $< 90$  mmhg o mayor a expensas de la administración de fármacos inotrópicos positivos o vasopresores.
2. Bajo gasto cardíaco: Índice cardíaco  $< 1.8-2.2$  l/min/m<sup>2</sup> de superficie corporal

Etiología Infarto agudo de miocardio

- 1) Fallo de bomba
  - A) IAM extenso
  - b) IAM más pequeño con disfunción VI previa
  - c) isquemia severa recurrente

manejo

1. Medidas generales  
Oxigenoterapia para mantener una saturación de O<sub>2</sub> (sao<sub>2</sub>) de al menos 90%. Valorar la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica para corregir la hipoxemia y disminuir el trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno.

## SHOCK HIPOVOLÉMICO

Puede ser

consecuencia de la pérdida de un gran volumen de sangre o de una deshidratación secundaria a vómitos, diarrea, quemaduras extensas. El shock hemorrágico presenta unas peculiaridades que lo hace diferente, y en él nos centraremos en este capítulo.

Tratamiento

A) Control del foco de sangrado. El control del sangrado es fundamental y prioritario, por lo que debemos emplear todas medidas a nuestro alcance (diagnósticas y terapéuticas) para conseguirlo.

B) Corrección del shock y de la volemia. En pacientes con shock hemorrágico y sangrado no controlado, se recomienda dirigir la resucitación a alcanzar una TA sistólica de 80 mmhg (excepto en pacientes con traumatismo craneoencefálico), lo que se conoce como resucitación hipotensiva.

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS.

## LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

Son

elevaciones agudas de la presión arterial (TA) que motivan una atención médica urgente. Se definen como una elevación de la TA diastólica (TAD) superior a 120 ó 130 mmhg y/o de la TA sistólica (TAS) por encima de 210 mmhg (algunos consensos actuales hablan de TAD superior a 120 y/o de TAS por encima de 180 mmhg, aunque esto no es necesario en la práctica clínica).

Clasificación

**Emergencia hipertensiva:** elevación de la TA acompañada de daño o disfunción aguda en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón...). Estas situaciones son muy poco frecuentes, pero entrañan un compromiso vital inmediato.

**Urgencia hipertensiva:** elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital. Cursa de modo asintomático o con síntomas leves.

**Falsas urgencias hipertensivas:** elevación de la TA producida en su mayor parte por estados de ansiedad, dolor,...y que no conllevan daño en órganos diana. Por lo general no precisan tratamiento específico y ceden al desaparecer el estímulo que las provocó.

## EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Cerebrovascular

- Encefalopatía hipertensiva
- Hemorragia intracraneal
- Hemorragia subaracnoidea

Exceso de catecolaminas circulantes

- Crisis de feocromocitoma
- Interacción de alimentos o drogas con imaos
- Uso de drogas simpático miméticas
- Hiperreflexia autonómica tras traumatismo medular

Cardíacas

- Insuficiencia ventricular izquierda aguda
- HTA con infarto agudo de miocardio
- HTA con angina inestable
- HTA con disección de aorta
- Postoperatorio de cirugía de revascularización coronaria

## ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

Si con las medidas anteriores persiste la HTA,

el manejo terapéutico del paciente dependerá de si ya existe tratamiento previo de HTA o no. Si se trata de un paciente hipertenso ya conocido puede ser suficiente la reintroducción del fármaco (en caso de incumplimiento) o bien el ajuste de terapia oral.

Síntomas y signos asociados con complicaciones de órganos diana en las crisis hipertensivas

- Retinianos Visión borrosa  
Diplopia Exudados y hemorragias  
Edema de papila  
Constricción de arteriolas retinianas

- Cardiovasculares Dolor torácico en la espalda o abdomen  
Palpitaciones  
Náuseas y vómitos  
Disnea  
Ortopnea Estertores y sibilancias

## TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Es necesario un

descenso inmediato, pero gradual, de la TA mediante el empleo de fármacos por vía parenteral, con monitorización continua de la TA. El objetivo es disminuir de forma controlada la TAD a cifras de  $\leq 110/100$  mmhg en minutos u horas, salvo en situaciones de daño orgánica cardiovascular (edema agudo de pulmón, disección aórtica, síndrome coronario agudo) en las cuales el descenso de TA debe ser más rápido.

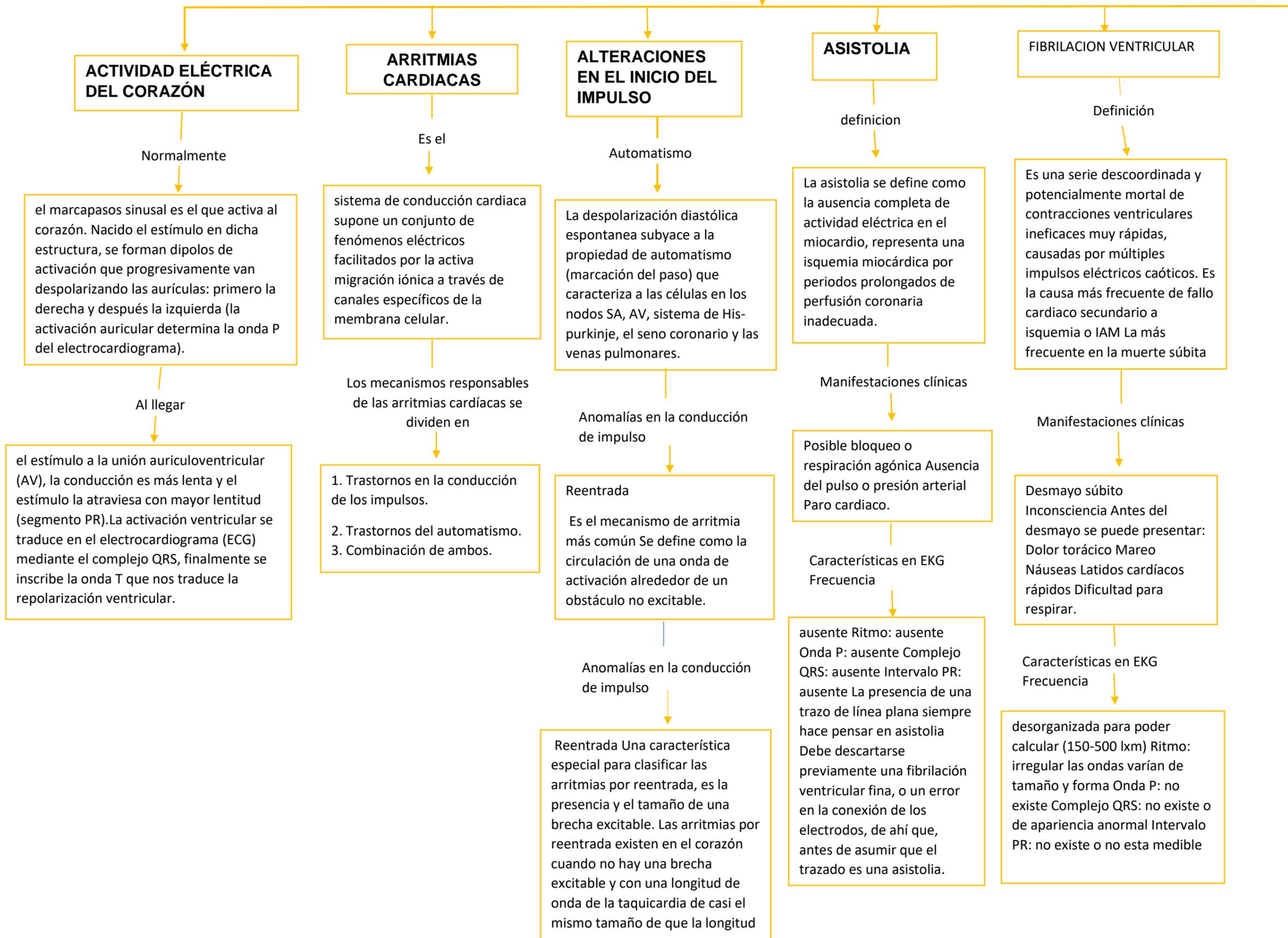
Entidades especiales en emergencias hipertensivas

**Encefalopatía hipertensiva:** síndrome subagudo o agudo que cursa con signos de afectación cerebral difusa (cefalea, náuseas, vómitos, inquietud, confusión, crisis, coma).

**Isquemia coronaria:** está indicado el control progresivo de la TA, manteniendo la TA diastólica en 100 mmhg para no reducir el flujo coronario.

**Disección aórtica:** cuadro clínico caracterizado por HTA acompañado de dolor torácico irradiado a espalda sin cambios electrocardiográficos y poca respuesta a solinitrina y morfina. Requiere confirmación radiológica por RX y/o TAC.

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ARRITMIAS LETALES



## ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN

Normalmente

el marcapasos sinusal es el que activa al corazón. Nacido el estímulo en dicha estructura, se forman dipolos de activación que progresivamente van despolarizando las aurículas: primero la derecha y después la izquierda (la activación auricular determina la onda P del electrocardiograma).

Al llegar

el estímulo a la unión auriculoventricular (AV), la conducción es más lenta y el estímulo la atraviesa con mayor lentitud (segmento PR). La activación ventricular se traduce en el electrocardiograma (ECG) mediante el complejo QRS, finalmente se inscribe la onda T que nos traduce la repolarización ventricular.

## ARRITMIAS CARDIACAS

Es el

sistema de conducción cardiaca supone un conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular.

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en

1. Trastornos en la conducción de los impulsos.
2. Trastornos del automatismo.
3. Combinación de ambos.

## ALTERACIONES EN EL INICIO DEL IMPULSO

Automatismo

La despolarización diastólica espontánea subyace a la propiedad de automatismo (marcación del paso) que caracteriza a las células en los nodos SA, AV, sistema de His-purkinje, el seno coronario y las venas pulmonares.

Anomalías en la conducción de impulso

**Reentrada**  
Es el mecanismo de arritmia más común. Se define como la circulación de una onda de activación alrededor de un obstáculo no excitable.

Anomalías en la conducción de impulso

**Reentrada** Una característica especial para clasificar las arritmias por reentrada, es la presencia y el tamaño de una brecha excitable. Las arritmias por reentrada existen en el corazón cuando no hay una brecha excitable y con una longitud de onda de la taquicardia de casi el mismo tamaño de que la longitud

## ASISTOLIA

definicion

La asistolia se define como la ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio, representa una isquemia miocárdica por periodos prolongados de perfusión coronaria inadecuada.

Manifestaciones clínicas

Posible bloqueo o respiración agónica Ausencia del pulso o presión arterial Paro cardíaco.

Características en EKG Frecuencia

ausente Ritmo: ausente Onda P: ausente Complejo QRS: ausente Intervalo PR: ausente La presencia de una trazo de línea plana siempre hace pensar en asistolia Debe descartarse previamente una fibrilación ventricular fina, o un error en la conexión de los electrodos, de ahí que, antes de asumir que el trazado es una asistolia.

## FIBRILACION VENTRICULAR

Definición

Es una serie descoordinada y potencialmente mortal de contracciones ventriculares ineficaces muy rápidas, causadas por múltiples impulsos eléctricos caóticos. Es la causa más frecuente de fallo cardíaco secundario a isquemia o IAM La más frecuente en la muerte súbita

Manifestaciones clínicas

Desmayo súbito Inconsciencia Antes del desmayo se puede presentar: Dolor torácico Mareo Náuseas Latidos cardíacos rápidos Dificultad para respirar.

Características en EKG Frecuencia

desorganizada para poder calcular (150-500 lxm) Ritmo: irregular las ondas varían de tamaño y forma Onda P: no existe Complejo QRS: no existe o de apariencia anormal Intervalo PR: no existe o no esta medible