



Nombre de alumnos:

Jaime Enrique Prats Gómez
Email: jimmyprats25@gmail.com

Nombre del profesor:

LEN Javier Gómez Galera
Email: javier_libra95@hotmail.com

Nombre del trabajo:

Atención de enfermería al paciente con alteraciones de la oxigenación tisular

Materia:

Enfermería en Urgencias y Desastre

Grado:

7° Cuatrimestre
Licenciado en Enfermería

Grupo:

“U” **LEN10SSC0919-I**



Atención de enfermería al paciente con alteraciones de la oxigenación tisular.

Atención de Enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica.



Atención de Enfermería ante el shock.



Atención de Enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas



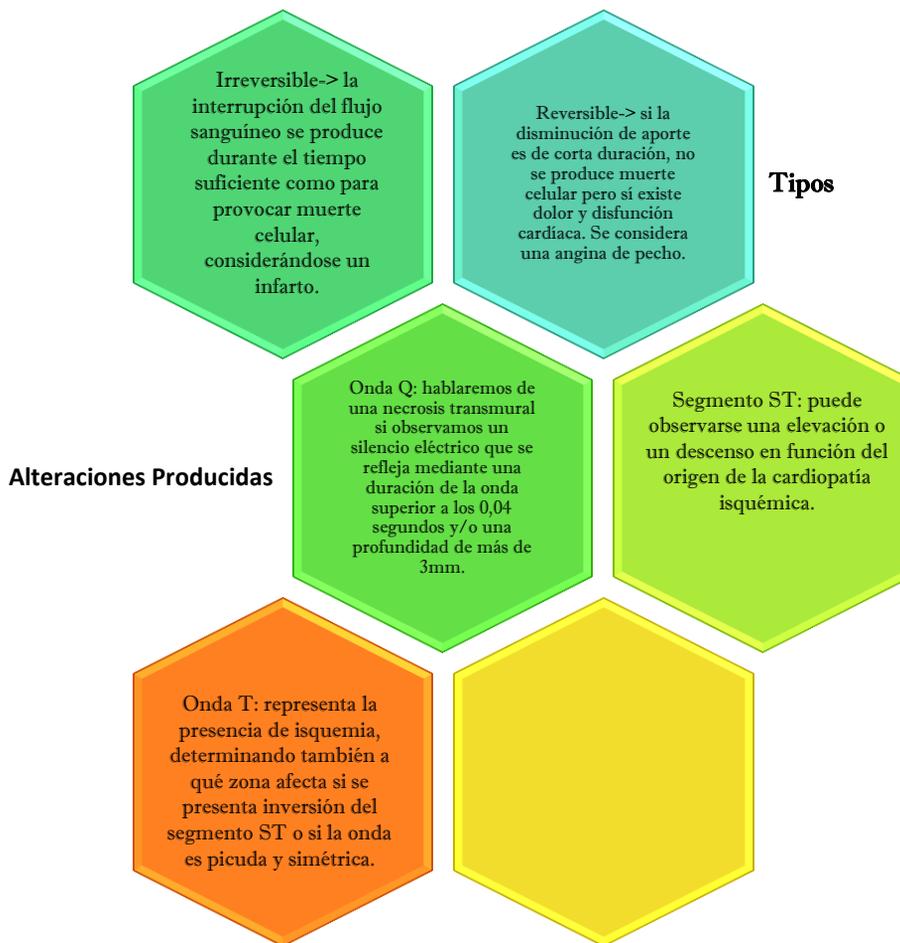
Atención de Enfermería en Arritmias Letales

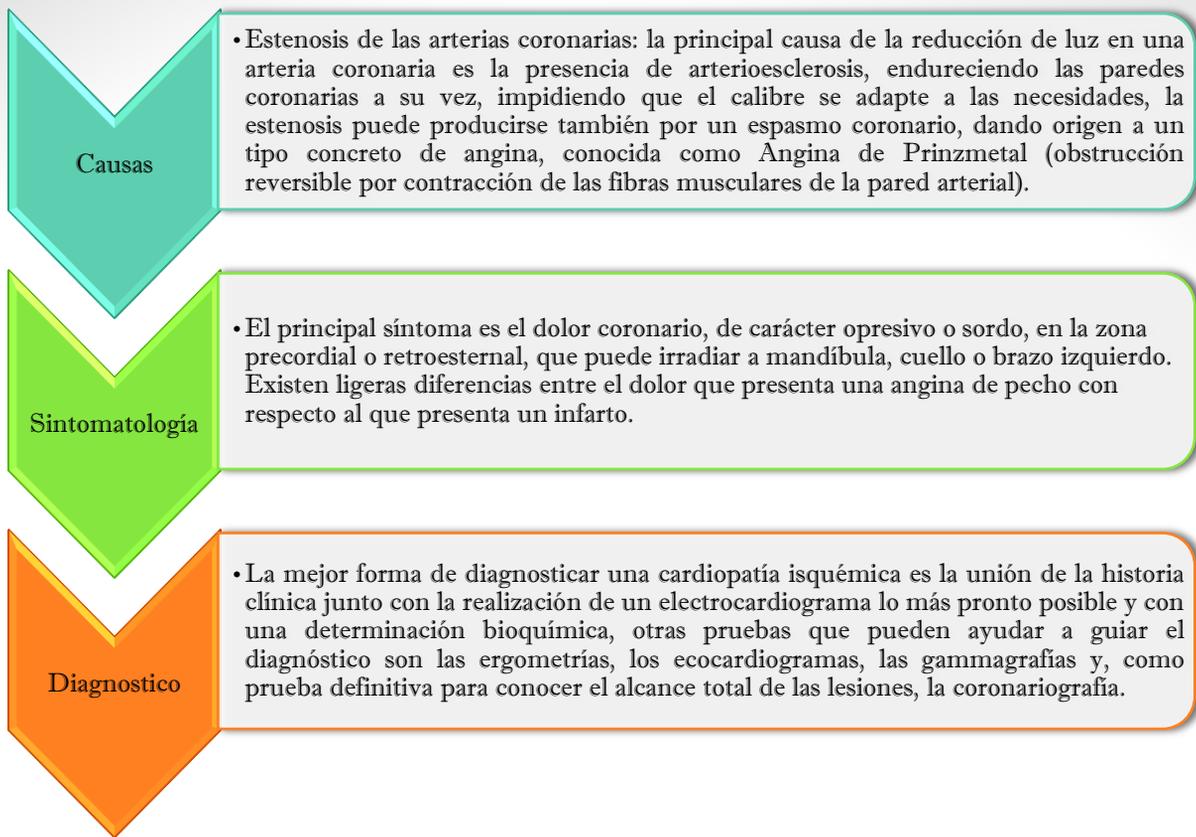
❖ Atención de Enfermería a pacientes con cardiopatía isquémica.

La cardiopatía isquémica se debe a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno que obtiene el miocardio y la demanda que éste realiza, teniendo su origen, normalmente, en la obstrucción arterioesclerótica de una arteria coronaria. Es la principal causa de afectación cardíaca.

Las arterias coronarias, derecha e izquierda, nacen de la raíz aórtica, que se encuentra inmediatamente detrás de la válvula aórtica. La arteria coronaria izquierda irriga el ventrículo izquierdo, mientras que la arteria coronaria derecha irriga tanto al ventrículo derecho como al tabique intraventricular.

Existe una reserva coronaria importante, pudiéndose aumentar el flujo coronario hasta 4 veces con respecto al volumen basal. Si esta reserva es insuficiente para la demanda de oxígeno del miocardio, aparece la cardiopatía isquémica.





CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- 1.- Evitación tabáquica
- 2.- Control del peso
- 3.- 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.

Factores de riesgo

- 1.- Identificar las causas de las crisis para ayudar a prevenirla
- 2.- Explicar al paciente su enfermedad de forma que alivie su ansiedad
- 3.- Reforzar la importancia de acudir al Centro de Salud ante cualquier dolor torácico para la pronta realización de un electrocardiograma

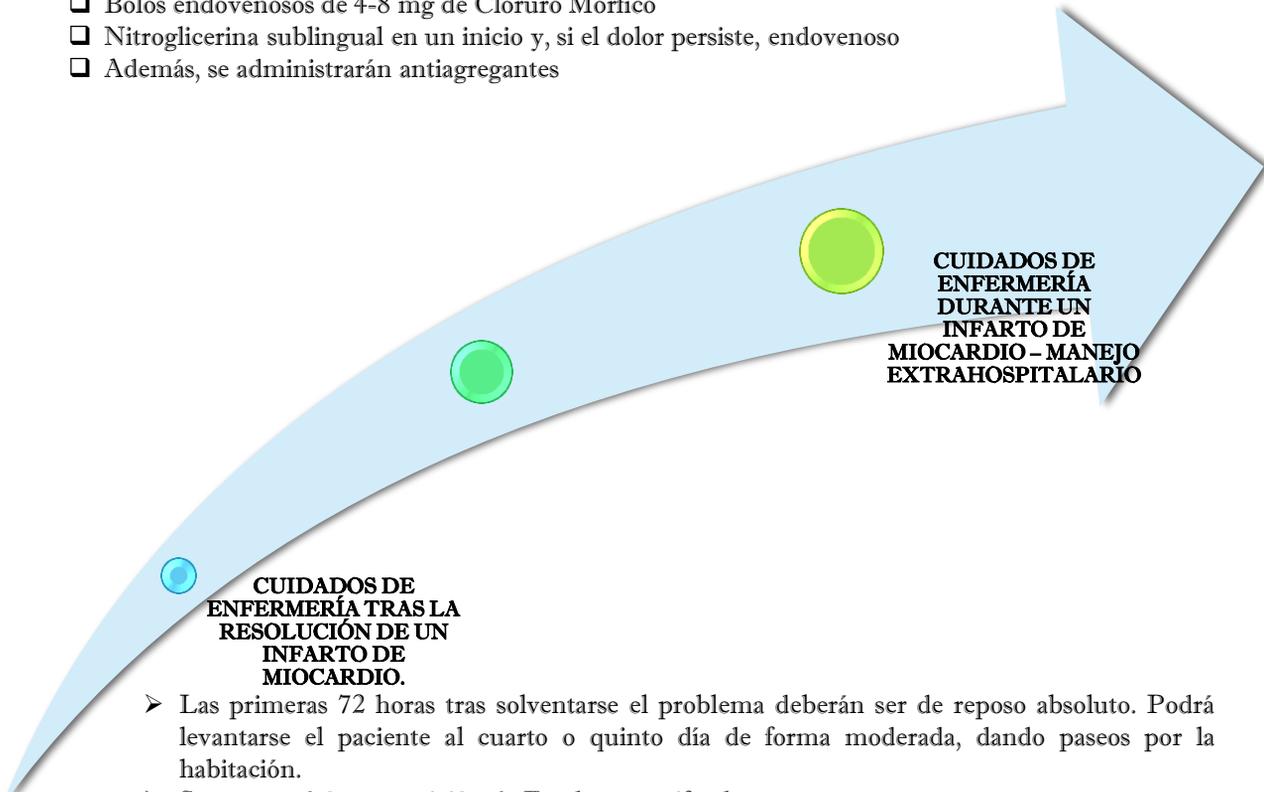
Población de riesgo

- 1.- Tranquilizar al paciente y administrar nitroglicerina sublingual, según la pauta descrita, vigilando la tensión arterial ante una posible hipotensión.
- 2.- Iniciar oxigenoterapia para evitar que la saturación caiga por debajo del 95%.

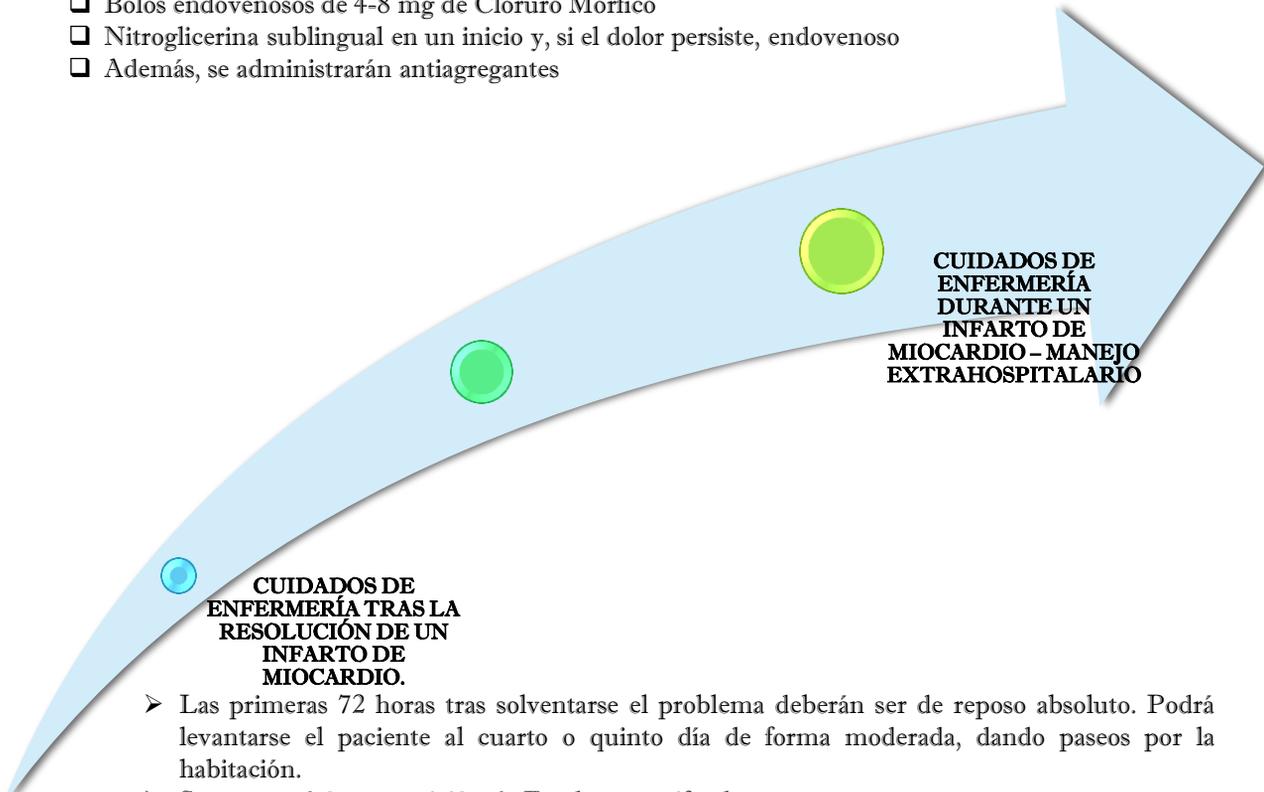
Paciente con angina de pecho

Una vez determinado que estamos antes un infarto, se deberá:

- Desnudar al paciente, retirar objetos metálicos y prótesis de cualquier tipo
- Iniciar oxigenoterapia para evitar que la saturación caiga por debajo del 95%.
- Monitorizar al paciente
- Conseguir un acceso venoso periférico, a poder ser, en el miembro superior derecho, dado que el miembro superior izquierdo será utilizado en tratamientos
- Administración de analgesia y ansiolíticos:
- Bolos endovenosos de 4-8 mg de Cloruro Mórfico
- Nitroglicerina sublingual en un inicio y, si el dolor persiste, endovenoso
- Además, se administrarán antiagregantes



CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE UN INFARTO DE MIOCARDIO - MANEJO EXTRAHOSPITALARIO



CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA RESOLUCIÓN DE UN INFARTO DE MIOCARDIO.

- Las primeras 72 horas tras solventarse el problema deberán ser de reposo absoluto. Podrá levantarse el paciente al cuarto o quinto día de forma moderada, dando paseos por la habitación.
- Se mantendrá una posición de Fowler o semifowler
- Se evitarán los movimientos bruscos
- La dieta será absoluta durante las primeras 24 horas. Posteriormente, se probará tolerancia mediante la administración de líquidos, seguida de dieta blanca. Posteriormente, la dieta deberá ser de 1800 kcal, fácil de digerir e hiposódica.
- El paciente deberá estar constantemente monitorizado (electrocardiograma, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura,...).

Tratamiento inicial del paciente con sca

Monitorización y acceso a medidas de soporte vital

Historia clínica y estudios complementarios

Antecedentes personales, Características del dolor, Exploración física, ECG, Datos analíticos, Rx Torax, Ecocardiografía

Tratamiento Inicial

Signos de riesgo vital, Medidas generales,

Fármacos en el manejo inicial del SCA

Tratamiento analgesico,
Tratamiento antiemético,
Control glucémico,
Vagolíticos,
Ansiolíticos,

Tratamiento de reperfusión urgente

Tratamiento antiagregante y antitrombótico

Con ICP primaria,
Con fibrinólisis,
Sin reperfusión,
Tratamiento antiagregante,
Tratamiento anticoagulante

Estratificación del riesgo

Bloqueo neurohormonal y tratamiento anti isquémico

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

Disfunción ventricular izquierda: Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad,

Infarto de ventrículo derecho: Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica,

Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico,

Arritmias: En todos los pacientes isquémicos deben mantenerse niveles de potasio >4 meq/L y magnesio >2 meq/L a fin de minimizar el riesgo de arritmias,

Pericarditis postinfarto: El dolor producido por la pericarditis se distingue porque es muy agudo y está relacionado con la postura y la respiración,

Angina postinfarto: Reparición de dolor torácico anginoso o signos de isquemia (en la fase temprana postinfarto (entre las primeras 24 horas y el primer mes)

❖ Atención de Enfermería ante el shock.

Clasificación

Hipovolémico.
Cardiogénico.
Distributivo: Séptico, anafiláctico y neurogénico.

Es un estado fisiopatológico que reúne una cantidad de síntomas y signos, los cuales manifiestan una inadecuada perfusión tisular.

Las manifestaciones clínicas varían en función de los factores etiológicos y de la fase del shock. Tanto la causa del shock como la respuesta general de los pacientes están relacionadas, el tratamiento de los pacientes con shock se centra en favorecer el transporte, la entrega y la utilización del oxígeno.

Shock hipovolémico;

Se produce por un inadecuado aporte en el volumen de líquidos en el espacio intravascular, esta es la forma más común del shock.

Valoración y diagnóstico; Las manifestaciones clínicas del shock hipovolémico varían en función de la importancia de la pérdida de líquidos y de la capacidad de compensación de los pacientes.

Cuidados de enfermería; Las medidas preventivas incluyen identificación de los pacientes de riesgo y la valoración constante del equilibrio hídrico.

Los pacientes con shock hipovolémico pueden tener varios diagnósticos de enfermería, dependiendo de la progresión del proceso, la prioridad de éstos es la siguiente:

- Minimizar la pérdida de líquidos: Limitando el número de muestras de sangre, controlar las pérdidas de las vías venosas y aplicar presión directa sobre las zonas de hemorragia.
- Contribuir a la sustitución de volumen: Colocar catéteres intravenosos periféricos cortos y de gran diámetro calibre 14 ó 16, rápida administración de líquidos prescritos.
- Monitorizar al paciente: Con la finalidad de tener todos los parámetros hemodinámicos disponibles para detectar la aparición de manifestaciones clínicas de sobrecarga hídrica, previniendo así otros problemas asociados.

Objetivo

Conocer los signos y síntomas del estado de choque y las intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes que presentan este estado.

Síndrome de shock

Todos los tipos de shock pueden producir alteración de la perfusión tisular y desarrollar insuficiencia circulatoria aguda o síndrome de shock, este último es una respuesta sistémica generalizada a una perfusión tisular inadecuada.

Shock cardiogénico;

El shock cardiogénico se produce cuando el corazón no puede bombear con eficacia la sangre, produciéndose por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos.

Manifestaciones clínicas;

- ❖ Presión arterial asistólica menor de 90 mmHg.
- ❖ Frecuencia cardiaca mayor de 100 pulsaciones por minuto pulso débil y filiforme.
- ❖ Disminución de los ruidos cardiacos.
- ❖ Alteraciones sensoriales.
- ❖ Piel fría, pálida, húmeda.
- ❖ VU menor de 30 ml/h.
- ❖ Dolor torácico.
- ❖ Arritmias.
- ❖ Taquipnea.
- ❖ Crepitaciones.
- ❖ Disminución del GC.
- ❖ IC menor de 1,81/m/m².
- ❖ Aumento de PAPE.
- ❖ PVD aumentada.
- ❖ RVS aumentada.

Cuidados de enfermería; Las medidas preventivas incluyen la identificación de los pacientes de riesgo y la valoración cardiopulmonar continua. Los pacientes con shock cardiogénico pueden presentar los siguientes diagnósticos de enfermería:

1. Limitar el consumo de oxígeno miocárdico mediante la administración de medicamentos analgésicos y sedantes, colocar al paciente en una posición cómoda y limitar sus actividades, favorecer la disminución de ansiedad, contribuir a un ambiente tranquilo y silencioso e instruir a los pacientes acerca de su situación.
2. Incrementar la administración de oxígeno al miocardio, colocar dispositivos para proporcionar oxígeno suplementario.
3. Monitorización específicamente del estado respiratorio.

Shock anafiláctico;

El shock anafiláctico es de tipo distributivo y se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata, es un proceso grave que requiere una pronta intervención, la repuesta antígeno-anticuerpo provoca una disminución de la perfusión tisular a partir de cualquier sustancia; estas sustancias conocidas como antígenos pueden ser introducidas por inyección, ingestión, a través de la piel o del tracto respiratorio.

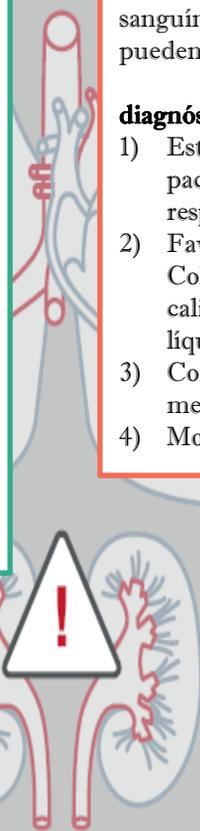
Manifestaciones clínicas;

1. Cardiovasculares: Hipotensión y taquicardia.
2. Respiratoria: Nudo faríngeo, disfagia, ronquidos, estridor, sibilancias, estertores.
3. Cutáneas: Prurito, eritema, urticaria, angioedema.
4. Neurológicas: Somnolencias, inquietud, miedo, ansiedad, disminución del nivel de conciencia.
5. Gastrointestinales: Náuseas, vómitos y diarrea.
6. Genitourinarias: Incontinencia, metrorragias

Cuidados de enfermería; Las medidas preventivas incluyen la identificación de pacientes de riesgo y la cuidadosa valoración de las respuestas de los enfermos a la administración de fármacos, sangre y productos sanguíneos. Los pacientes con shock anafiláctico pueden presentar los siguientes

diagnósticos de enfermería:

- 1) Estimular respiración: Colocar a los pacientes en una posición que favorezca la respiración.
- 2) Favorecer la sustitución de volumen: Colocar catéteres periféricos cortos y de gran calibre 14 ó 16 y administrar rápidamente los líquidos prescritos.
- 3) Controlar las molestias: Administración de medicamentos y limpieza de piel.
- 4) Monitorizar.



Shock neurogénico;

El shock neurogénico es de tipo distributivo, es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático.

Manifestaciones clínicas; Los pacientes con shock neurogénico suelen presentar inicialmente los siguientes síntomas:

- Hipotensión.
- Bradicardia.
- Hipotermia.
- Piel caliente y seca.

Cuidados de enfermería; Entre las diversas medidas preventivas se incluyen la identificación de los pacientes de riesgo y la valoración continua del estado neurológico.

Las prioridades del cuidado de enfermería son:

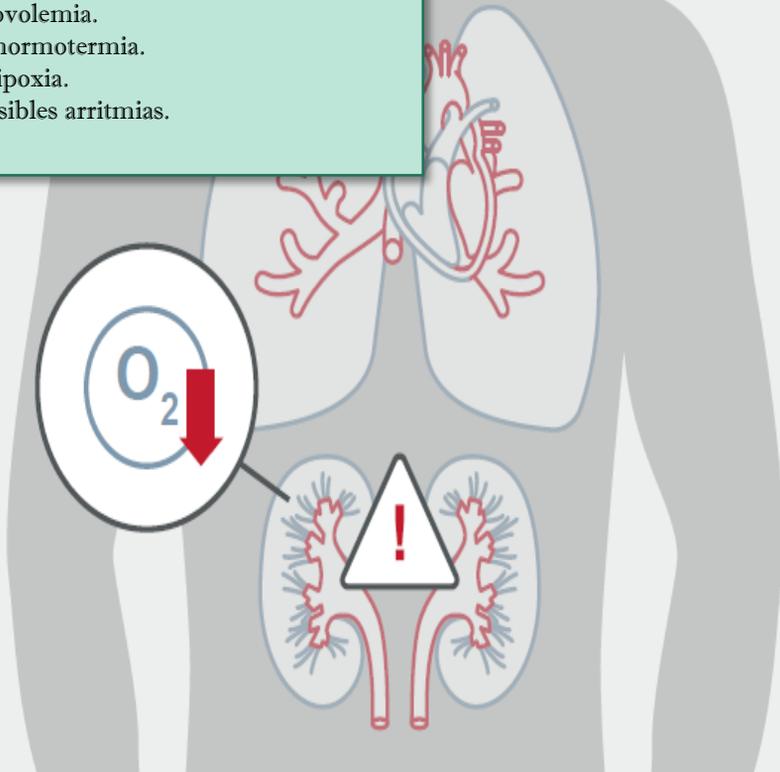
- 1) Tratar la hipovolemia.
- 2) Mantener la normotermia.
- 3) Prevenir la hipoxia.
- 4) Vigilar las posibles arritmias.
- 5) Monitorizar.

Shock séptico;

El shock séptico es una manifestación fisiopatológica de la enfermedad inflamatoria multisistémica, y que habitualmente se acompaña de falla orgánica múltiple.

Esta situación obedece en la mayoría de los casos a problemas de índole postquirúrgico asociada a infección y/o a procesos infecciosos graves y que en la mayoría de los casos no son agudos.

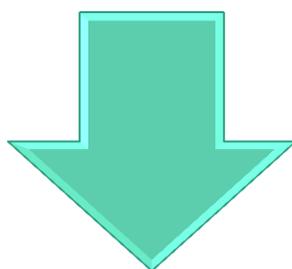
Este tipo de patología representa manejo especializado en las áreas de terapia intensiva, y de Urgencias, representa el manejo convencional de cualquier estado de choque, y representa la necesidad de transferencia inmediata.



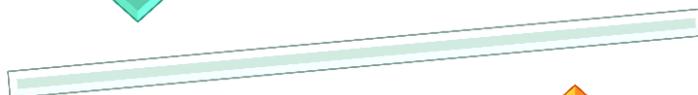
❖ Atención de Enfermería en las urgencias y emergencias hipertensivas

La hipertensión es una de las enfermedades más prevalentes en la actualidad, siendo las crisis hipertensivas una de las consultas más frecuentes en el servicio de urgencias, las crisis hipertensivas son un conjunto de situaciones clínicas de variada gravedad y pronóstico, más que por los niveles de presión arterial, las diferencias entre urgencias y emergencias hipertensivas se halla en la existencia o no de riesgo vital por afectación de órganos diana, normalmente, en las urgencias hipertensivas no suele haber un riesgo vital inmediato, de modo que el tratamiento puede iniciarse e incluso completarse en el medio extrahospitalario, sin embargo, las emergencias hipertensivas son situaciones clínicas muy graves que precisan asistencia hospitalaria.

TÉCNICA Y RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL



La presión arterial sistólica se calcula por medio del pulso radial, conforme el manguito va hinchándose, la presión hace que la arteria se comprima gradualmente llegando a interrumpir la circulación y las pulsaciones dejan de ser audibles, determinando así la presión sistólica.



Para calcular la presión arterial de forma correcta se debe hinchar el manguito unos 20mm de Hg el punto en el que dejamos de oír el pulso. Una vez inflado el manguito adecuadamente, dejamos lentamente que vaya saliendo el aire permitiendo así que se restablezca la circulación.



Las recomendaciones para una correcta medición de la presión arterial son:

1. El ambiente debe ser tranquilo y con una temperatura ambiente adecuada. El paciente debe estar sentado, relajado y con su brazo apoyado en la misma mesa en la que el enfermero realiza la técnica. No debe haber ropa oprimiendo el brazo y deberá estar colocado a la misma altura que el corazón y sin cruzar las piernas. El manguito debe colocarse a la misma altura del corazón del paciente.
2. Es preferible que la medición sea por la mañana y en ayunas. El paciente debe guardar reposo al menos 10 minutos antes de la medición de la presión arterial, no haber tomado sustancias estimulantes (té, café...), ni haber fumado, ni tomado medicación con efecto sobre la presión arterial una hora antes a la medición de esta.
3. El aparato debe estar calibrado y validado. La anchura de este debe ser de dos tercios de la del brazo o pierna del paciente, ya que si es ancho dará cifras altas y si es estrecho las cifras de presión arterial serán bajas. La marca del manguito debe coincidir con la arteria braquial, el borde inferior estará 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo para poder colocar el estetoscopio sobre la arteria braquial. El manguito debe ser colocado sin holgura, sin que comprima, y el sistema de cierre debe ajustarse firmemente.
4. Si los ruidos son débiles, se deberá indicar al paciente que eleve el brazo, abra y cierre la mano varias veces e insuflar el manguito rápidamente.
5. Se tomará la medida de presión arterial en ambos brazos.
6. Se tomará una primera medida y otra posterior tras 5 minutos, obteniendo así la media de ambas. Si hay entre la primera y segunda medida una diferencia de 5 o más mm de Hg se tomará una tercera medida.

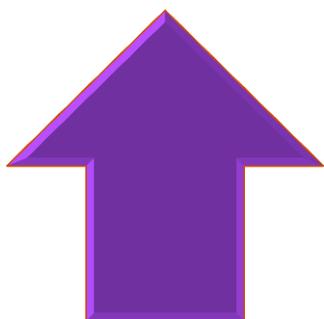
TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

Medidas farmacológicas en las urgencias hipertensivas

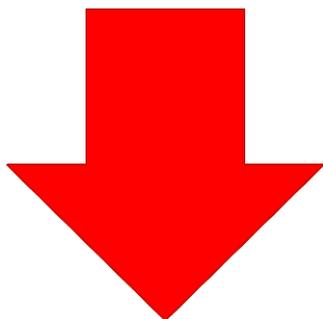
Las urgencias hipertensivas pueden ser controladas de forma extrahospitalaria, los pacientes que no responden al tratamiento o necesiten alguna exploración complementaria que no pueda ser realizada fuera del hospital, deberán ser remitidos a este, la mayor parte de los pacientes que acuden a urgencias por elevadas cifras de presión arterial no suelen presentar lesión en los órganos diana, por lo que, la elevación de la tensión arterial se interpreta en el contexto de una hipertensión arterial crónica.

Medidas farmacológicas en las emergencias hipertensivas

El tratamiento y seguimiento de las emergencias hipertensivas ha de llevarse a cabo en un centro hospitalario, incluso dependiendo de la gravedad, puede llegar a necesitarse el ingreso en una unidad de cuidados intensivos donde el paciente estaría monitorizado de forma continua. El objetivo de las emergencias hipertensivas es reducir las cifras de presión arterial aproximadamente entre un 10-15% en un tiempo entre 30 a 60 minutos, en pacientes con disección aórtica, la presión arterial debe reducirse inmediatamente, dentro de 5 a 10 minutos.



Ante una crisis hipertensiva el objetivo principal es disminuir tanto las cifras de presión arterial como la afectación en los órganos diana mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas (modificaciones en el estilo de vida...).



PALABRAS CLAVE

Crisis hipertensivas; Urgencias hipertensivas; Emergencias hipertensivas.

Uno de los papeles más importantes de Enfermería frente a las crisis hipertensivas es la educación del paciente, el paciente, debe entender el proceso de la enfermedad, saber su medicamento antihipertensivo y hacerle entender las consecuencias que conlleva el no tomarlo o suspenderlo, es fundamental enseñarle a controlarse la presión arterial en casa, y a que modifique su estilo de vida (bajar de peso, llevar una dieta saludable baja en grasas y rica en fruta y verduras, reducir el consumo de sal, hacer ejercicio, dejar de fumar, limitar el consumo de alcohol...)

Medidas no farmacológicas

Las intervenciones de Enfermería en los servicios de urgencias se inician con la toma de la presión arterial y la identificación de cualquier sintomatología. Los pasos a seguir serán:

- 1) Toma correcta de presión arterial con el uso del manguito adecuado.
- 2) Registro en la historia clínica.
- 3) Informar al médico de la cifra obtenida.
- 4) Mantener al paciente en reposo absoluto.
- 5) Canalizar un acceso venoso periférico.
- 6) Extracción de muestra sanguínea.
- 7) Realización de electrocardiograma.
- 8) Monitorización cardíaca del paciente.
- 9) Aplicar oxígeno suplementario.
- 10) Realizar las indicaciones prescritas por el médico. Administrar los fármacos prescritos por el facultativo.
- 11) Toma de presión arterial cada 15 minutos en la primera hora, posteriormente cada 30 minutos, cada hora, cada dos horas y cada cuatro horas, hasta su estabilización o bien recuperar cifras óptimas.



La mayor diferencia entre una urgencia y una emergencia hipertensiva es que en las urgencias no suele haber riesgo vital y tenemos hasta 48 horas para reducir los valores de la presión arterial mientras que en las emergencias para reducir el riesgo vital del paciente y evitar que se produzcan más daños en los órganos diana, es fundamental disminuir la presión arterial lo antes posible.

Los objetivos fundamentales del tratamiento de las urgencias y emergencias hipertensivas son disminuir la morbimortalidad asociada a la hipertensión arterial, prevenir y disminuir las presiones arteriales, así como corregir, si es posible, la afectación de órganos diana.

El personal de Enfermería, tiene un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinar colaborando en el diagnóstico de las crisis hipertensivas mediante la valoración y seguimiento del paciente y posteriormente para conseguir una buena adherencia al tratamiento. Además, una correcta técnica de medición de la presión arterial es imprescindible para realizar un buen diagnóstico.

❖ Atención de Enfermería en Arritmias Letales

Categorías de arritmias LETALES

- Bradicardia.
- Taquicardia.
- **Arritmias** ventriculares.
- **Arritmias** supraventriculares.
- Bloqueo cardíaco.

El latido cardíaco **normal**, es regular (rítmico) y en reposo su frecuencia oscila entre 60 y 100 veces por minuto, si va demasiado lento, (menos de 60 latidos por minuto), lo denominamos bradicardia, si late demasiado rápido (más de 100 latidos por minuto) lo denominamos taquicardia.

La fibrilación ventricular es un tipo de **arritmia** que puede ser **mortal**. Ocurre cuando el corazón late con impulsos eléctricos rápidos y erráticos. Causa que las cavidades inferiores del corazón (ventrículos) tiemblen sin sentido en lugar de bombear sangre

Las **arritmias** cardíacas se curan en la mayoría de casos. Es **preocupante cuando** los síntomas son muy severos y se está padeciendo una fibrilación ventricular. En caso de sufrir una, es una situación muy crítica

El tratamiento de estas arritmias se basa en fármacos, dispositivos electrónicos y procedimientos quirúrgicos. La utilización de cada opción terapéutica se guía por los siguientes objetivos:

Control farmacológico del ritmo y de la frecuencia: fármacos antiarrítmicos. El objetivo terapéutico es suprimir o prevenir las arritmias. Se clasifican según las modificaciones que producen en la electrofisiología cardíaca utilizando la clasificación Vaughan-Williams modificada.

Restauración farmacológica del ritmo sinusal: cardioversión farmacológica. El objetivo es revertir la arritmia y transformarla a un ritmo cardíaco normal (sinusal).

Restauración eléctrica aguda del ritmo sinusal: cardioversión eléctrica. El objetivo es revertir una arritmia cardíaca a ritmo sinusal mediante una descarga eléctrica sincronizada, despolarizando por completo el corazón.

Tratamiento eléctrico: ablación. El objetivo de la ablación con catéter consiste en detener las señales eléctricas incorrectas en el origen, en el mantenimiento de la arritmia, o en ambos.

Garantizar una frecuencia ventricular que evite a la asistolia: marcapasos interno o externo. El objetivo es estimular el corazón cuando falla la estimulación fisiológica o normal, para garantizar una frecuencia ventricular mínima preestablecida, evitando la asistolia.

Prevención farmacológica del tromboembolismo: anticoagulación y antiagregación plaquetar. El objetivo es prevenir la formación de trombos en los vasos sanguíneos.

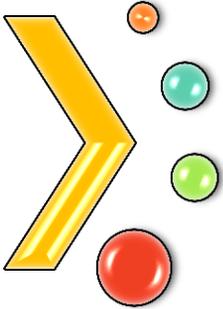
Tratamiento quirúrgico: Los objetivos de los métodos quirúrgicos para el tratamiento de una arritmia consisten en la escisión, aislamiento o interrupción de un tejido cardíaco esencial para el inicio.

Intervención física: maniobras vagales. Puede realizarse la maniobra de Valsalva y el masaje del seno carotídeo.

La actuación de enfermería en las bradiarritmias, las taquiarritmias y la fibrilación auricular se debe adecuar al amplio arsenal terapéutico disponible, aunque no tenemos competencia para prescribir estos tratamientos, debemos conocerlos para actuar con la mayor seguridad terapéutica posible, garantizando una atención de calidad al paciente, vigilando las complicaciones potenciales y contribuyendo a un manejo efectivo del régimen terapéutico.

Bradiarritmias;

Se denominan bradiarritmias a todos los ritmos lentos, con frecuencia cardiaca inferior a 60 lpm, cuando la frecuencia cardiaca es inferior a 40 lpm. se puede considerar bradicardia extrema, las bradiarritmias son relativamente frecuentes en la población general y en el paciente.



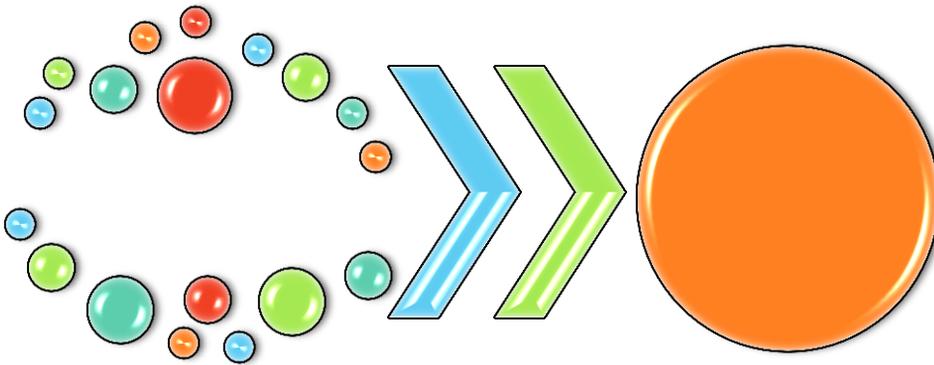
Por tanto, la actuación de enfermería en el paciente con bradiarritmias se centra en cuatro objetivos diagnósticos y terapéuticos

Aplicación de medidas generales de forma transitoria, mientras se realiza el registro electrocardiográfico y la valoración del paciente, se aplican unas medidas generales (oxigenoterapia, acceso venoso, monitorización de los signos vitales y valoración). Valorar con un algoritmo ABCDE¹: vía Aérea, Respiración (B), Circulación, Discapacidad y Exposición.

Valoración para la identificación de signos adversos por bajo gasto cardiaco. Las intervenciones y cuidados de enfermería se dirigen a aumentar la frecuencia cardiaca y mantenerla posteriormente con fármacos como la atropina, la adrenalina y otros (dopamina, isoproterenol, aminofilina o glucagón), o con un marcapasos temporal o definitivo.

Valoración para la detección precoz del riesgo de asistolia para garantizar una respuesta ventricular adecuada. Las intervenciones y cuidados de enfermería se focalizan en la valoración y en la utilización segura de un marcapasos temporal o definitivo.

Observación del paciente que no presenta signos adversos ni riesgo de asistolia y/o eliminación de las causas reversibles de la bradiarritmia.



La presencia de signos adversos más característicos se basa en la aparición de bajo nivel de conciencia, síncope, disnea de esfuerzo, hipotensión arterial, bradicardia extrema, arritmias ventriculares que requieren supresión, fallo cardiaco, signos de shock, insuficiencia cardiaca aguda o dolor precordial de perfil anginoso.

Los principales recursos terapéuticos utilizados en las bradiarritmias con inestabilidad hemodinámica son:

Atropina.

Dopamina.

Adrenalina.

Isoprenalina (isoproterenol).

Marcapasos transcutáneo.

Marcapasos interno o endocavitario.

Taquiarritmias;

Las taquiarritmias son aquellos ritmos rápidos de más de 100 latidos por minuto., la actuación terapéutica depende en gran medida del grado de tolerancia por el enfermo y del registro electrocardiográfico del complejo QRS.

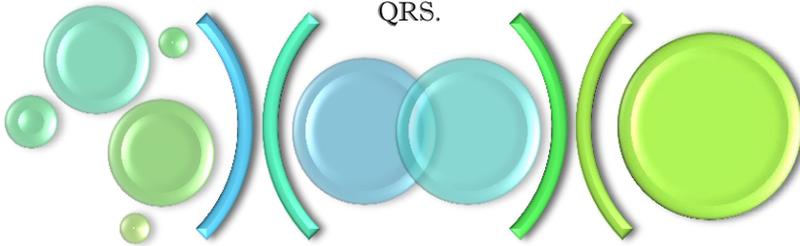
La actuación de enfermería en el paciente con taquiarritmias se centra en cuatro objetivos diagnósticos y terapéuticos^{1,3,6,7}:

Comprobación de la pérdida de signos vitales. En presencia de una taquicardia de reciente aparición lo primero que tenemos que comprobar son los signos vitales.

Aplicación de medidas generales y valoración de signos adversos. Ante cualquier taquiarritmia con pulso debemos instaurar de forma precoz unas medidas generales mientras se valora clínicamente al paciente.

Valoración y actuación en una taquiarritmia con presencia de signos adversos. Las intervenciones y cuidados de enfermería se dirigen a disminuir la frecuencia cardiaca y los signos adversos asociados.

Valoración del electrocardiograma e intervención terapéutica sin presencia de signos adversos. Si el paciente no presenta signos adversos, analizaremos el ECG para medir la anchura y el ritmo del complejo QRS.



Los principales recursos terapéuticos utilizados en las taquiarritmias son:

Maniobras vagales: Se puede realizar una maniobra de Valsalva y/o el masaje del seno carotídeo. En la maniobra de Valsalva, el paciente sopla en una jeringa durante quince segundos mientras se mantiene en decúbito supino.

Adenosina o ATP. La adenosina tiene muchos efectos sobre el corazón y los múltiples efectos propios de la adenosina no son conocidos en su totalidad, porque actúa tanto sobre el interior como sobre el exterior de las células miocárdicas. Actúa deprimiendo la conducción por el nódulo AV y la actividad del nodo sinusal. Tiene un inicio de acción rápido y una vida media corta, por lo que se utiliza tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.

Antagonistas del calcio (Verapamilo, Diltiazem). Estos fármacos producen un enlentecimiento de la conducción y un incremento de la refractariedad en el nódulo AV de forma más duradera que la adenosina. Son fármacos de primera elección en taquicardias rítmicas de QRS estrecho y con el mismo nivel de evidencia que los anteriores.

Betabloqueantes. Son un grupo de fármacos que se unen a los receptores beta adrenérgicos, produciendo un antagonismo competitivo y reversible de la acción beta estimulante.

Cardioversión: La cardioversión eléctrica o farmacológica tiene como objetivo restaurar un ritmo cardiaco sinusal en personas con determinadas arritmias, como taquiarritmias, flúter y fibrilación auricular. Ver apartado siguiente.

Fibrilación auricular;

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente⁹⁻¹¹, afecta al 1-2% de la población general y se estima que será del 3% de los adultos de 20 o más años, con mayor prevalencia en personas mayores

la FA por su utilidad a la hora de plantear la estrategia terapéutica:

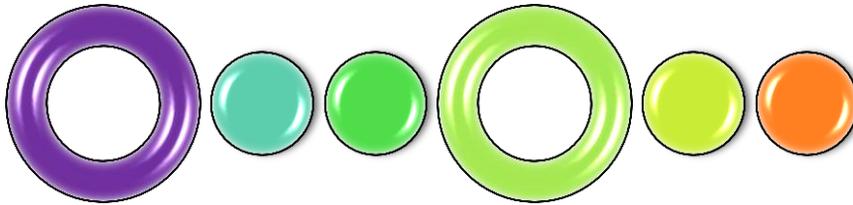
FA diagnosticada por primera vez: Pacientes a los que se les detecta FA por primera vez, independiente de la duración de la misma.

FA paroxística: FA autolimitada, en la mayoría de los casos en 48 horas, aunque algunos episodios pueden durar hasta 7 días.

FA persistente: Se trata de episodios de más de 7 días de duración o cuando requiere cardioversión para su terminación.

FA persistente de larga duración: FA de duración superior a un año tras adoptar la estrategia de control del ritmo.

FA permanente: FA en la que se ha descartado revertir la arritmia porque el paciente (y el médico) asumen la FA. En este tipo de arritmia no se adoptan intervenciones para el control del ritmo cardíaco, porque si se aplican se considera FA persistente de larga duración.



El tratamiento de la FA va dirigido al control de los factores precipitantes y las patologías subyacentes, al control del ritmo o de la frecuencia cardíaca, al mantenimiento a largo plazo del ritmo sinusal, al alivio de los síntomas, a garantizar la estabilidad hemodinámica y a la prevención de las complicaciones potenciales (p. ej. tromboembolismo).

Tratamiento etiológico y causas subyacentes

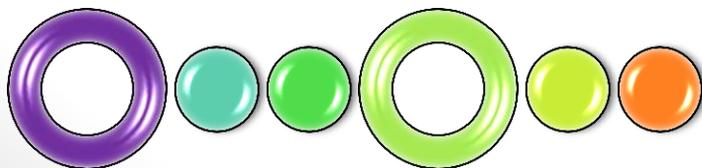
Los pacientes en los que existe una causa corregible de elevación de la frecuencia cardíaca, ésta deberá tratarse antes de iniciar el tratamiento específico de la FA. Algunas causas tratables son hipertiroidismo, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca, tirotoxicosis, anemia o sepsis.

.La evaluación inicial de la FA de nueva aparición (FA diagnosticada por primera vez) debe considerar:

- Inestabilidad hemodinámica o síntomas limitantes graves, aunque pueda ser asintomática.
- Presencia de factores precipitantes y entidades cardiovasculares subyacentes.
- Riesgo de ACV y necesidad de anticoagulación.
- Frecuencia cardíaca y necesidad de control de la frecuencia.
- Evaluación de los síntomas y decisiones sobre el control del ritmo cardíaco.

Cirugía de la fibrilación auricular;

La cirugía concomitante de la FA se asoció con una reducción de la incidencia de la FA, flúter auricular y taquicardia auricular, comparada con la cirugía no concomitante, la técnica más utilizada es el procedimiento de laberinto (Cox maze).

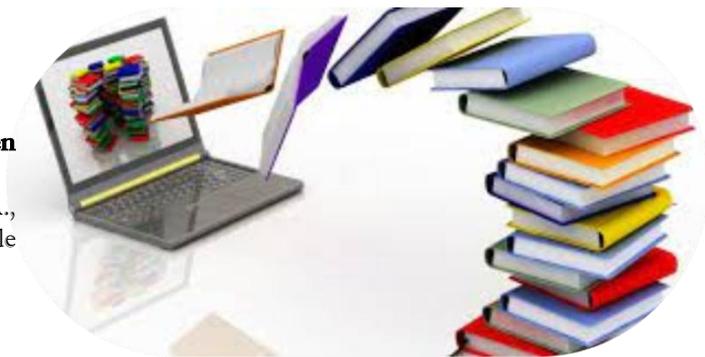


R eferencia

B ibliográfica

Recomendaciones de buena práctica clínica en arritmias.

M. Baquero Alonso M., Rodríguez Martín A., González Carnero R., Gómez Santana J., de Haro Muñoz J.



Diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular.

Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B et al. Guía ESC 2016.

Terapéutica Médica en Urgencias.

Adrián MJ,
Madrid: Panamericana; 2015.

***SHEEHY'S* Manual de Urgencias en enfermería**

Lorene Newberry, Laura M. Criddle
2007 Edición en español
Elsevier España, S.A.

Indicaciones e interpretación clínica y terapéutica de los registros prolongados de la presión arterial

Fernández G, Gómez C, Ruiz JC, Arias M.. Medicine. 2007