



**Alumno: Yarenis Marilin Rodriguez Diaz**

**Profesor: LIC. Eduardo Domínguez García**

**Nombre del trabajo: atención de enfermería a paciente con alteraciones de la oxigenación tisular**

**Licenciatura: LIC. Enfermería**

**Materia: enfermería en urgencias y desastres**

**Cuatrimestre: 7**

Frontera Comalapa, Chiapas a 13 de noviembre del 2022

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Clínica de isquemia miocárdica de nueva aparición o que ha cambiado de características en el último mes. Tratamiento inicial del paciente con sca

1. Monitorización y acceso a medidas de soporte vital
2. Historia clínica y estudios complementarios dirigidos:

**Antecedentes personales Alergias.**  
FRCV: DM2, HTA, DL, OB. Hiperuricemia.  
Cardiopatía previa

**Características del dolor**  
Descripción, localización e irradiación  
Hora de inicio y duración. Desencadenantes del dolor (ejercicio, estrés)  
Respuesta al reposo y a nitroglicerina

**Exploración física**  
Signos de disfunción ventricular izquierda: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal, 3R, 4R, crepitantes. Signos de disfunción ventricular derecha: IY, RHY, edemas periféricos, hipotensión.

**ECG**  
ECG de 12 derivaciones basal y tras nitroglicerina, Control a las 6h, 24h y si hay cambios en el dolor, V3R y V4R en todo IAM inferior

**Datos analíticos**  
Marcadores de necrosis miocárdica: Troponina T o I, CK-MB. Mediciones generales: Hematocrito, recuento plaquetario, coagulación, función renal y alteraciones hidroelectrolíticas.

**Rx Tórax**  
Signos de congestión pulmonar

**Ecocardiografía**  
Alteraciones segmentarias de la contractilidad, FE, descartar complicaciones mecánicas

## Tratamiento inicial

Signos de riesgo vital

- Isquemia miocárdica aguda
- Inestabilidad hemodinámica
- Insuficiencia respiratoria

Medidas generales

- Monitorización
- Medidas de soporte vital
- Accesos vasculares
- Analítica de ingreso

Estratificación del riesgo: La herramienta fundamental es el ECG, diferenciando: SCACEST (SCA con elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición) y SCASEST (sin elevación del segmento ST: angina inestable e IAMSEST).

Tratamiento de re perfusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST.  
Tratamiento antiagregante y antitrombínico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA:

Los pacientes con SCASEST constituyen un grupo muy heterogéneo con pronóstico variable. Por este motivo, es fundamental una estratificación precoz del riesgo para optar por una estrategia de tratamiento médico o intervencionista (coronariografía y revascularización si procede).

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

## COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

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. Puede tratarse con dosis alta de aspirina (1.000 mg/24 h).

Infarto de ventrículo derecho: Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. El diagnóstico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía

Trombosis intraventricular: (10-40% de los IAM de localización anterior). Su principal complicación son los embolismos sistémicos y el tratamiento se realiza con anticoagulación, bien con HBPM o HNF de inicio, manteniendo posteriormente anticoagulación oral (objetivo INR 2-3) durante 3 a 6 meses.

Angina postinfarto: Reaparición de dolor torácico anginoso o signos de isquemia (en la fase temprana postinfarto (entre las primeras 24 horas y el primer mes) Debe considerarse la posibilidad de repetir arteriografía

# - ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK.

Es un

Proceso patológico causado por la invasión de un tejido, fluido o cavidad corporal, normalmente estéril, por un microorganismo patógeno o potencialmente patógeno.

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

**Variables inflamatorias**

**Variables de disfunción de órganos**

**Shock Séptico**

**Variables generales:**

- Fiebre o hipotermia ( $T^a >38^{\circ}c$ )
- Taquicardia (FC  $>90$  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

- Leucocitosis ( $>12000/\mu l$ )

- Leucopenia (10% de formas inmaduras)
- Elevación de PCR y de PCT

**Variables hemodinámicas:**

- Hipotensión arterial (tas  $40$  mmhg)

- Hipoxemia (relación  $po_2/fio_2 < 0.5$  mg/dl)

- Coagulopatía (INR  $>1.5$  ó tpta  $>60s$ )
- Trombopenia

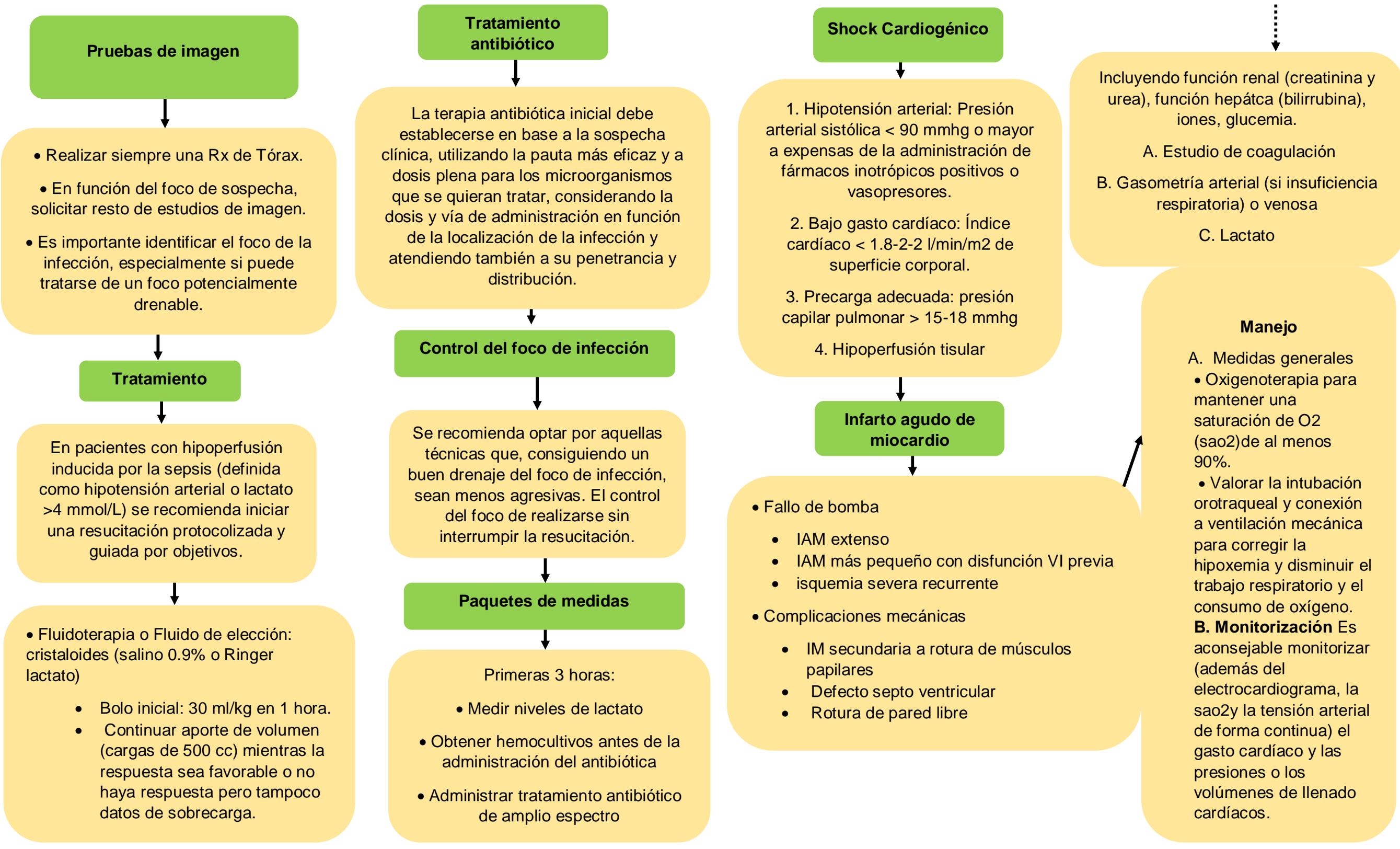
**Variables de perfusión tisular:**

- Hiperlactatemia (lactato  $>1$  mmol/L)
- Livideces o relleno capilar enlentecido Sepsis Grave
- Hipoperfusión tisular o disfunción orgánica atribuida a la sepsis

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

Estudios complementarios: En todos aquellos pacientes en los que se sospeche una infección deben completarse los siguientes estudios:

- A. Hemograma
- B. Bioquímica



## Asistencia mecánica

La asistencia mecánica se recomienda si el soporte farmacológico no es suficiente para mantener la correcta perfusión de órganos.

### • Balón intraaórtico de contra pulsación (BIACP)

El BIACP reduce la postcarga y aumenta la presión de perfusión diastólica, con lo que reduce las presiones de llenado, la regurgitación mitral y el shunt izquierda-derecha, mejora la perfusión coronaria y aumenta el gasto cardíaco.

## Asistencia ventricular

En casos de shock cardiogénico refractario a tratamiento vasopresor/inotrópico y BIACP se debe implantar un sistema de asistencia ventricular. Existen diferentes sistemas con diferentes características en base a las que debemos elegir el más indicado en cada caso (soporte VI o del VD o de ambos, membrana de oxigenación, potencia, duración necesaria del soporte...)

## Shock Hipovolémico

El shock hipovolémico puede ser consecuencia de la pérdida de un gran volumen de sangre o de una deshidratación secundaria a vómitos, diarrea, quemaduras extensas

La situación clínica en la que el consumo de O<sub>2</sub> está limitado por el aporte de O<sub>2</sub> se conoce como shock. En el caso del shock hemorrágico, dos son los factores que condicionan el descenso en el aporte de O<sub>2</sub>: la hipovolemia, (al generar una disminución del GC); y la anemia.

## Revascularización

### A.-Fibrinólisis

En los pacientes con IAM y shock cardiogénico no se recomienda la fibrinólisis, dado que la tasa de éxito es muy baja y no consigue mejorar la supervivencia.

### B.- Intervencionismo coronario percutáneo (ICP)

En los pacientes con IAM y shock cardiogénico se recomienda el ICP urgente, debe hacerse en las primeras 36 horas siguientes al IAM y dentro de las primeras 18 horas de shock

## Tratamiento

El tratamiento del shock hemorrágico gira alrededor de tres aspectos fundamentales:

- 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. El retraso en alcanzar el control del sangrado se relaciona con una mortalidad significativamente mayor.

- 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

Podemos clasificarlas en tres grupos de diferente pronóstico y manejo:

**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.

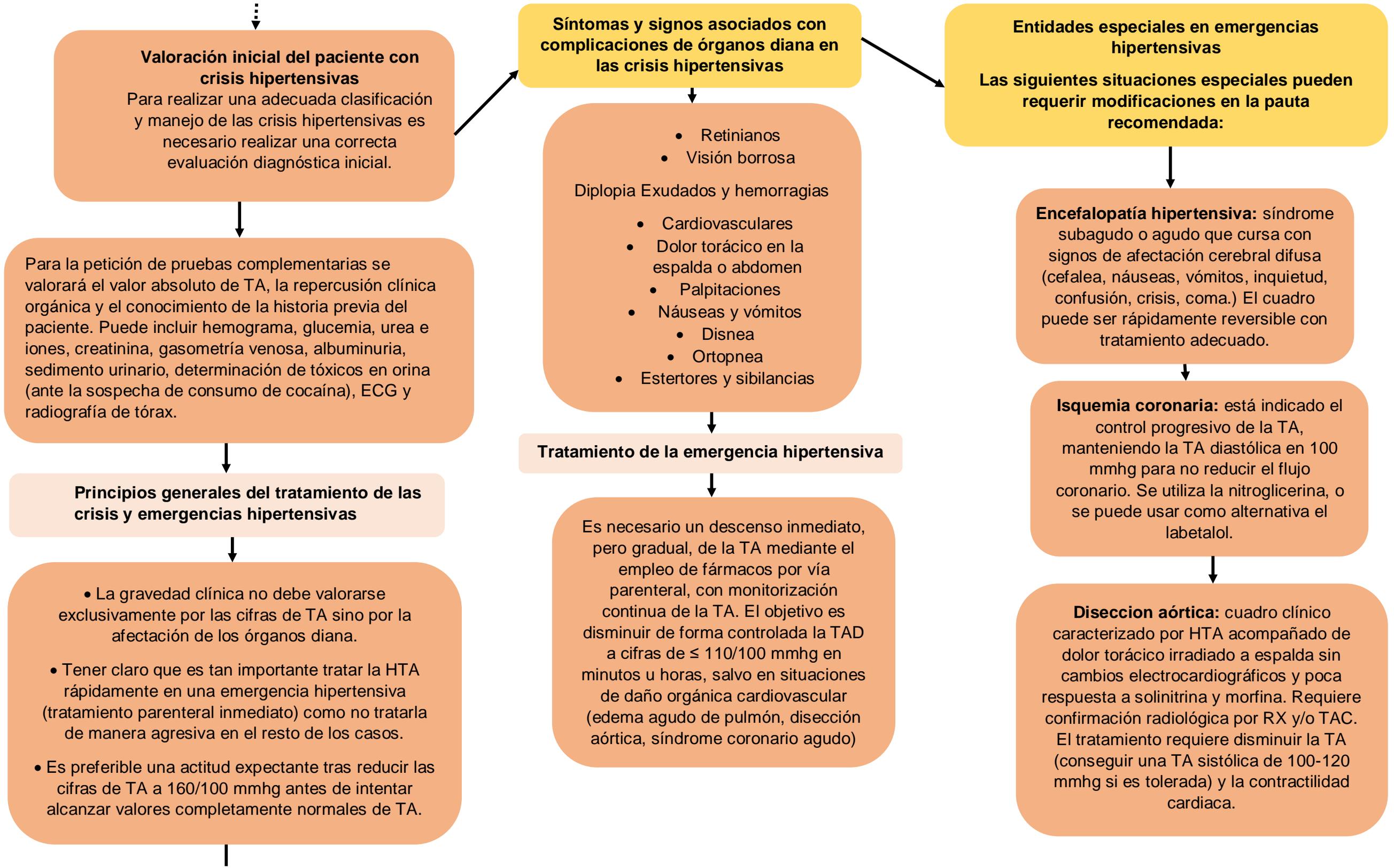
**Urgencia hipertensiva:** elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital. Cursa de modo asintomático o con síntomas leves. Permiten una corrección gradual en el plazo de 24-48 horas y con un fármaco oral.

**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.

- Cardíacas o Insuficiencia ventricular izquierda aguda
- HTA con infarto agudo de miocardio
  - HTA con angina inestable

- Exceso de catecolaminas circulantes
- Uso de drogas simpático-miméticas
  - Crisis de feocromocitoma
- HTA de rebote tras suspensión de tratamiento hipotensor

- **EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS**
- Hipertensión arterial acelerada- maligna con papiledema
  - Cerebrovascular
  - Encefalopatía hipertensiva
  - Infarto cerebral aterotrombótico con HTA severa



# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ARRITMIAS LETALES

**Preeclampsia/Eclampsia:** cuadro de HTA severa durante el embarazo. El labetalol urapidil son alternativas válidas para el control de TA. También se puede administrar hidralazina, con la cual se tiene gran experiencia ginecológica

**HTA maligna (HTAM):** entidad que sigue presentándose en la práctica clínica aunque cada vez existen menos referencias a este término. La hipertensión arterial esencial no tratada continúa siendo su causa más frecuente. Se produce daño vascular como consecuencia del desequilibrio entre los mecanismos vasoconstrictores y vasodilatadores y un incremento de la actividad simpática y del sistema renina-angiotensina- aldosterona.

**Situaciones de exceso de catecolaminas:** estas situaciones incluyen al feocromocitoma, uso de drogas simpaticomiméticas (fenilpropanolamina, cocaína, anfetaminas, fenilciclina), combinación de imaos con alimentos ricos en tiramina (quesos, vinos, cerveza,..), síndrome de disfunción autonómica como el Guillain-Barré o tras lesión medular

**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)

**Actividad eléctrica del corazón**  
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

**Arritmias cardíacas**  
El sistema de conducción cardíaca supone un conjunto de fenómenos eléctricos facilitados por la activa migración iónica a través de canales específicos de la membrana celular.

- Clasificación**
- Asistolia
  - Fibrilación ventricular
  - Taquicardia ventricular
    - Bloqueo auriculoventricular
  - Taquicardia supraventricular paroxística

**Arritmias letales.** Son trastornos del ritmo cardíaco súbito que comprometen la vida. Son las principales condicionantes de paro cardiorrespiratorio. Duración: 4 min comienza daño cerebral 10 min daño cerebral irreversible. Estas se dividen en: Taquiarritmias Bradiarritmias Cuando las alteraciones Cuando los ritmos son lentos causan ritmos rápidos o retrasados. Adelantados >100 latidos x min

- Arritmias cardíacas**
1. Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en dos
  2. Trastornos en la conducción de los impulsos.
  3. Trastornos del automatismo.
  4. Combinación de ambos. Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo

**ASISTOLIA**  
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 cardiaco  
Características en EKG  
Frecuencia: ausente  
Ritmo: ausente  
Onda P: ausente  
Complejo QRS: ausente  
Intervalo PR: ausente

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA**

**Atención de enfermería al paciente inconsciente**

**Atención de enfermería al paciente convulsivo**

Sucede cuando una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades. Los médicos a menudo se refieren a esto como estar en coma o estar en un estado comatoso. Estos incluyen confusión, desorientación o estupor repentinos. La pérdida del conocimiento y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben tratarse como una emergencia.

La epilepsia es un trastorno del cerebro. Se le diagnostica epilepsia a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones. Existen muchos tipos de convulsiones. Una persona con epilepsia puede tener más de un tipo de convulsiones.

**Causas**

La pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante. También puede ser causada por el abuso de sustancias (drogas) y alcohol. El médico determinará si la persona afectada necesita practicarse exámenes. Otras causas de los desmayos abarcan hacer un esfuerzo intenso durante la defecación (síncope vasovagal), toser muy fuerte o respirar muy rápido (hiperventilación)

**Los signos de una convulsión dependen del tipo de convulsión.**

A veces es difícil saber si una persona está teniendo una convulsión porque quien tiene una convulsión puede parecer confundido o verse como si tuviera la vista fija en algo inexistente.

**Las convulsiones se clasifican en dos grupos:**

1. Las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro.

2. Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro. Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales.

- Las convulsiones de ausencia, a veces llamadas epilepsia menor o pequeño mal, pueden causar un parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos.
- Las convulsiones tonicoclónicas, también llamadas epilepsia mayor o gran mal, pueden hacer que la persona:
  - Grite.
  - Pierda el conocimiento.
  - Se caiga al piso.
- Tenga rigidez o espasmos musculares.

- Las convulsiones focales simples afectan una pequeña parte del cerebro. Estas convulsiones pueden causar sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño.
- Las convulsiones focales complejas pueden hacer que la persona con epilepsia se sienta confundida o aturdida.
- Las convulsiones generalizadas secundarias comienzan en una parte del cerebro, pero luego se extienden a ambos lados del cerebro.

**Atención de enfermería con enfermedad cerebrovascular.**

**Clasificación**

Alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo de las funciones de una o varias partes del encéfalo, constituyendo la segunda causa de mortalidad en nuestro medio (la primera en mujeres)

Según la naturaleza lesional se dividen en isquémicos (85%) y hemorrágicos (15%).

- Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT (accidentes isquémicos transitorios, con resolución total de la clínica en 24 hrs y sin evidencia de lesión en las pruebas de neuroimagen) e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral.
- El ictus hemorrágico se divide en hemorragia intracerebral (parenquimatosa o ventricular) y hemorragia subaracnoidea.