

ANEXOS

UDS









SALUD

**SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION DE ATENCION MEDICA
COORDINACION ESTATAL DE ENFERMERIA**



D-13

HOJA DE NOTAS Y REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRITICOS

Nombre: Santiago Gómez Mata Sexo: M F Fecha de nacimiento: 06/01/1971 Edad: 52

Fecha: 07/07/23 Fecha de ingreso: 07/07/23 Hora de ingreso: 08:00 Días Estancia: 1 No. de cama o cuna: 3 Servicio: Urgencias

Peso al ingreso: 90kg Peso actual: 90kg Talla: 1.62cm S.C. rupo Sanguineo y Rh: Alergias: Ninguna

Etnia: Ningona Idioma: Español Religión: Católica Escolaridad: Ninguna Jo. de Expediente: 0076-23

Dx. Médico: Médico tratante: Alma Arcece claudio No. poliza de Seg. Popular:

HABITUS EXTERIOR:	ASPECTOS A VALORAR			TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO		
	M	V	N	M	V	N		M	V	N		M	V	N		M	V	N
CONCIENCIA	Alergia			Febil			ACTITUD	Postiva			PIEL	Normal			Identificadores de factores de riesgo	Ciudadano		
	Letargico			Doloroso				Colaboradora				Seca				Terrosa		
	Estupor			Agonico				Indiferente				Palidez						
	Coma			Relajado				Negativa				Rubicundo						
	Inconsciente							Triste				Marmorea						
Activo						Intolerante			Ictericia									
Inactivo						Agresivo			Diaforético									

SIGNOS VITALES	HORA:						
	8	9	10	11	12	13	14
Presión arterial (T/A)	0/0						
Presión arterial media (TAM)	0						
Frecuencia cardíaca o pulso (FC)	0						
Frecuencia respiratoria (FR)	0						
Temperatura corporal	0						
SpO ₂ (Oxímetro de pulso)	0						
Dioxido de carbono (CO ₂)	0						
Llenado capilar							
Presión venosa central (PVC)							
Presión arterial invasiva (PVI)							

SOLIATOME	HORA:						
	8	9	10	11	12	13	14
Perímetro cefálico / Torácico							
Perímetro abdominal							
Otro							

MEDIOS DE DIAGNOSTICOS	HORA:						
	8	9	10	11	12	13	14
Glicemia capilar							
Labstix							
Estudios de laboratorios							
Estudios de gabinete							
Interconsultas							
Cultivos							

APOYO RESPIRATORIO	HORA:						
	8	9	10	11	12	13	14
Oxígeno por:							
Presión positiva continua en vía aérea							
Concentrador de oxígeno							
Modo ventilatorio							
F.I.O ₂							
PEEP							
Ciclos por minuto (Fr)							
Ret. IE							
Volumen							
Presión Inspiratoria							

GASOMETRIA	HORA:						
	8	9	10	11	12	13	14
PH							
PO ₂							
PCO ₂							
HCO ₃							
SO ₂							
BE ed.							

PROCEDIMIENTO	NO. de Catéter o dispositivo	Fecha de instalación	Días de estancia	Fecha de curación	Fecha de cambio	Sitio de inserción	Nombre completo del res. Instalación y/o cur.
Línea arterial							
Catéter venoso central							
Catéter PICC							
Catéter venoso periférico							

12-9 Moderado
 <9 Severo

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS

RIESGO	PUNTOS	CODIGO	TM		TV		TN	
			1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev
Alto	4 - 10	Rojo						
Mediano	2 - 3	Amarillo						
Bajo	0 - 1	Verde						



1

ESCALA DE SUSAN GIVENS BELL VALORACIÓN DE

HORA									
Signos conductuales 6 signos a valorar Rango de 0 a 2									

Signos fi
4 signos
Rango c

Se considera arbitrariamente que un Neonato con una valoración de 0 - 5 tiene un control de dolor

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

OBJETIVOS O RESULTADOS

Turno Matutino

00038 Riesgo de traumatismo
 00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
 00128 Confusión aguda

o Vespertino

Varón 52 años con episodio de P.C.R.

Mayan Conesa, P.; Fernández Obanza Windscheid, E.

Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias Hospital Juan Canalejo - A Coruña

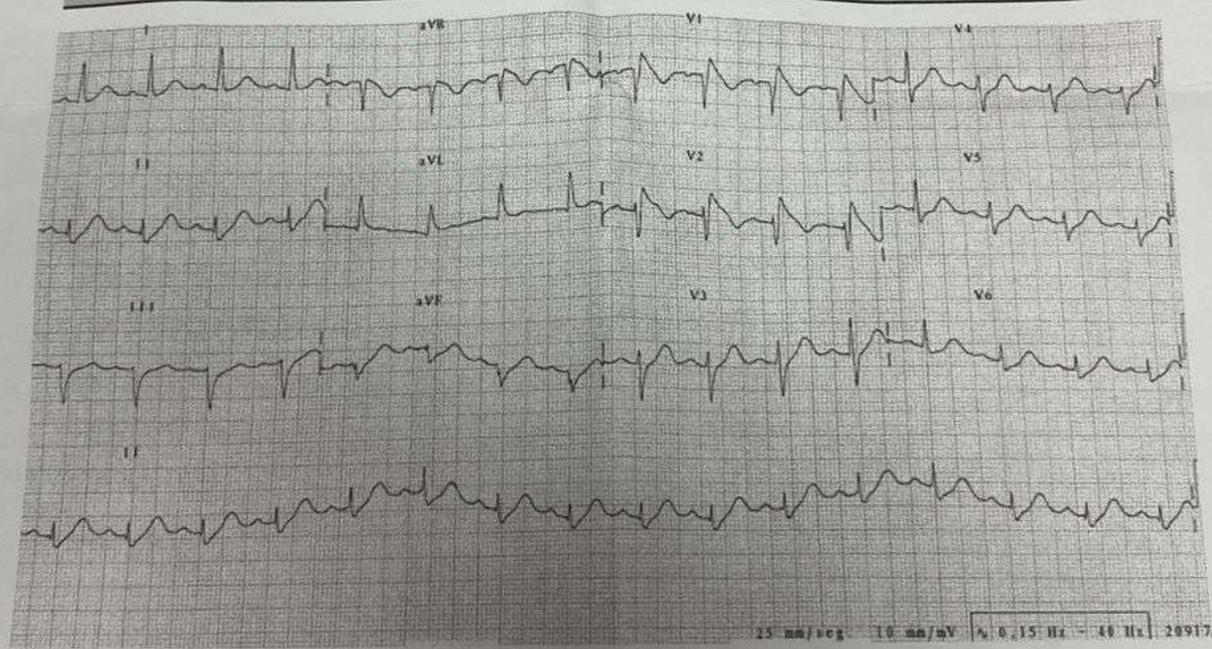
CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 323-324

Se trata de un varón de 52 años, camionero de profesión, sin hábitos tóxicos reconocidos, con sobrepeso y antecedentes de hipercolesterolemia bien controlada con dieta y estatinas. Estando en su domicilio viendo la televisión sufre un episodio de pérdida súbita de conciencia con caída al suelo. Ante la ausencia de pulsos periféricos se inician maniobras de RCP básicas hasta la llegada de los servicios médicos de emergencia que constatan la presencia de fibrilación ventricular con línea de bajo voltaje por lo que se ini-

cian maniobras de RCP avanzada que logran estabilizar la función cardiorrespiratoria por lo que se decide traslado a centro hospitalario.

A su llegada a urgencias se realiza EKG de 12 derivaciones que resulta como se visualiza en la imagen.

Señala cuál te parece el diagnóstico correcto y qué posibilidades de recurrencia de un nuevo episodio de fibrilación ventricular tendrá este paciente en los próximos dos años.



RESPUESTAS A PREGUNTAS PLANTEADAS

- 1 El paciente presentó un episodio de parada cardiorrespiratoria por fibrilación ventricular asociado a un síndrome de Brugada
- 2 Este paciente, en caso de no recibir tratamiento, tiene una posibilidad de 33% de sufrir un nuevo episodio de fibrilación ventricular en los siguientes dos años

REVISIÓN

Desde los años 50 hasta la década de los 80 se describieron pacientes con la imagen de BRD y supradesnivel del ST

como variantes de la normalidad. Sólo los doctores Pedro y José Brugada relacionaron esta alteración eléctrica con la muerte súbita cardiovascular (MSC) en 1991.

El síndrome de Brugada se trata de una enfermedad determinada genéticamente, que se hereda con un patrón autonómico dominante, existiendo en aproximadamente un 60% de los pacientes resucitados de muerte súbita con un EKG característico un antecedente familiar de muerte súbita. También es posible encontrar casos aislados de este sín-

drome que podrían corresponder a los primeros mutantes dentro de una familia. Los defectos genéticos conocidos se localizan en el cromosoma 3 y afectan el canal de sodio. Hasta ahora se han observado ocho mutaciones. Hay una clara mayor incidencia de casos en hombres (8:1), y en algunas áreas como en Tailandia, la enfermedad parece ocurrir exclusivamente en hombres.

El diagnóstico es clínico-electrocardiográfico y se basa en la asociación de episodios de síncope y/o muerte súbita en un paciente con corazón estructuralmente normal y una imagen EKG de bloqueo de rama derecha con elevación del segmento ST en las derivaciones V1, V2 y V3.

Existe no obstante una variabilidad del patrón electrocardiográfico en el síndrome de Brugada. La estimulación adrenérgica disminuye la elevación del segmento ST. La estimulación vagal aumenta la elevación del segmento ST. La administración de antiarrítmicos de la clase Ia, Ic y III aumenta la elevación del ST. El ejercicio, en algunos pacientes, disminuye o aumenta la elevación del segmento ST. Los cambios en la frecuencia cardíaca se acompañan también de cambios en la elevación del segmento ST. Cuando la frecuencia cardíaca disminuye la elevación del segmento ST aumenta, y cuando la frecuencia cardíaca se acelera la elevación del segmento ST disminuye.

Los episodios de síncope y muerte súbita se presentan en estos pacientes como consecuencia de arritmias ventriculares malignas (crisis de taquicardia ventricular polimórfica rápida y/o fibrilación ventricular), que aparecen generalmente de forma inesperada y sin pródromos. Estas arritmias ventriculares causan síncope cuando son autolimitadas y muerte súbita cardíaca cuando no son terminadas por un choque eléctrico.

La reciente descripción de este síndrome así como la existencia de manifestaciones electrocardiográficas no siempre presentes hacen que la incidencia de la enfermedad sea difícil de determinar aunque se calcula que entre el 4 y el 12% de las muertes súbitas en gente joven son debidas a este síndrome. De hecho, se plantea que es la causa más frecuente de muerte súbita en pacientes menores de 50 años sin cardiopatía previa.

En los pacientes con síndrome de Brugada que sufren de síncope y en los pacientes recuperados de una casi muerte súbita la incidencia de un nuevo episodio de fibrilación ventricular es muy alta: un tercio de estos pacientes presenta una recurrencia dentro de los dos años siguientes. En los pacientes asintomáticos la posibilidad de un primer episodio sincopal o de MSC es del 30% en los primeros 3 años de realizado el diagnóstico.

Esta enfermedad es fatal, sin embargo el pronóstico es excelente cuando a los pacientes se les implanta un desfibrilación automático implantable (DAI) pues yugula los episodios de arritmias. La conducta que se debe seguir en los asintomáticos es de difícil decisión, y siempre debe dejarse en manos de la unidad de electrofisiología cardíaca. En principio, todos los pacientes con síncope de causa desconocida o fibrilación ventricular considerada como idiopática deben someterse a una prueba de ajmalina, procainamida o flecainida, para excluir la presencia de este síndrome.

BIBLIOGRAFÍA

- Tintinalli JE. Medicina de urgencias. México : McGraw-Hill; 2002
- Marx JA. Rosen. Medicina de urgencias: conceptos y práctica clínica. Madrid : Elsevier Science; 2003