



## **ENSAYO**

**NOMBRE DEL ALUMNO: YOHANA BELEN RAMIREZ HERNANDEZ**

**TEMA: ATENCION DE ENFERMERIA EN;**

**PARCIAL: I**

**MATERIA: ENFERMERIA EN URGENCIAS Y DESASTRES**

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

**LIC.RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA**

**LICENCIATURA: EN ENFERMERIA**

**CUATRIMESTRE: 7**

# INTRODUCCION

En este presente ensayo hablaremos acerca de la atención, como ya conocemos la atención urgente surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata de enfermería al paciente puesto que los dos temas a ver son la atención con alteraciones de la oxigenación titular así como la Atención de enfermería a pacientes con alteraciones metabólicas.

Nuestro objetivo es el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera.

# 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.

- MONITORIZACIÓN Y ACCESO A MEDIDAS DE SOPORTE VITAL.
- HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DIRIGIDOS: Antecedentes personales, Características del dolor, Exploración física, ECG, Datos analíticos, Rx Tórax, Ecocardiografía.
- TRATAMIENTO INICIAL: Signos de riesgo vital; Isquemia miocárdica aguda, Inestabilidad hemodinámica, Insuficiencia respiratoria, Monitorización. Medidas generales: Medidas de soporte vital, Accesos vasculares, Analítica de ingreso. Fármaco en el manejo del sca.
- 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 REPERFUSIÓN URGENTE: Debe plantearse en todo SCACEST.
- TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTITROMBÍNICO: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA.
- BLOQUEO NEUROHORMONAL Y TRATAMIENTO ANTI ISQUÉMICO:

## COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

1. Disfunción ventricular izquierda: Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad:
2. 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. En su manejo es fundamental mantener una adecuada precarga (utilizar con precaución opiáceos, nitratos, diuréticos e IECA/ARA II).
3. Complicaciones mecánicas: Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico:
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. 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.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO A LARGO PLAZO TRAS UN SCA

Reducir el consumo de carne roja, dulces y snacks, azúcares añadidos como el que contienen las bebidas, zumos y galletas.

Aumentar el consumo de frutas, hortalizas y lácteos con bajo contenido de grasa.

Consumir cereales integrales y sus derivados (pan, arroz y pasta) y como alimentos proteicos el pescado, aves como el pollo y el pavo, y frutos secos.

- 🚦 Actividad física regular de tipo aeróbico (al menos 45 minutos, 5 días a la semana).
- 🚦 Abandono del tabaquismo.
- 🚦 Objetivos del control de factores de riesgo
- 🚦 Presión arterial 130-135/80-85 mmhg
- 🚦 Colesterol LDL < 100 mg/dl (< 70 en diabéticos)
- 🚦 Triglicéridos < 150 mg/dl
- 🚦 Glucosa basal < 110 mg/dl y hba1c 6-7%

## TRATAMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

La enfermedad coronaria crónica estable puede tratarse con tratamiento médico solo o en combinación con revascularización mediante ICP o CABG.

**SCASEST:** 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).

En el SCACEST; hay una relación directa entre la mortalidad y el tiempo que se tarda en abrir la arteria ocluida. El algoritmo de tratamiento de reperfusión en el SCACEST se ha expuesto previamente en el presente capítulo.

- ✚ La ICP primaria (reperfusión mecánica) es el tratamiento de elección en pacientes con SCACEST, con mejores resultados que la fibrinólisis (reperfusión farmacológica).
- ✚ El tratamiento fibrinolítico es una alternativa a la reperfusión mecánica cuando la demora en la realización de la ICP primaria es inaceptablemente larga, especialmente en pacientes que habitan en zonas montañosas o rurales o pacientes trasladados a hospitales que no disponen de ICP primaria. Cuando la fibrinólisis no es eficaz debe trasladarse inmediatamente al paciente para una ICP de rescate.
- ✚ La ICP (primaria, de rescate o tras fibrinólisis) debe limitarse a la lesión culpable, a excepción del shock cardiogénico. En el shock está indicada la revascularización de todas las arterias con estenosis críticas.

### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL SHOCK.

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;

- GENERALES: - Fiebre o hipotermia ( $T^a >38^{\circ}c$  ó  $90$  lpm) - Taquipnea (FR  $>20$  rpm).
- INFLAMATORIAS: - Leucocitosis ( $>12000/\mu l$ ) – Leucopenia.
- HEMODINÁMICAS: - Hipotensión arterial (tas $40$  mmhg)
- DISFUNCIÓN DE ÓRGANOS: - Hipoxemia, oliguria, ictericia.
- PERFUSIÓN TISULAR: - Hiperlactatemia

#### **SEPSIS GRAVE;**

Hipoperfusión tisular, inducida, creatinina, diuresis, coagulopatía.

#### **SHOCK SÉPTICO;**

Hipotensión inducida, que persiste a pesar de una resucitación adecuada con fluidos.

Estudios complementarios:

- ❖ Hemograma
- ❖ Bioquímica
- ❖ función renal; A. Estudio de coagulación B. Gasometría arteria C. lactato.

Pruebas de imagen • Realizar siempre una Rx de Tórax.

Tratamiento;

- ✓ Fluidoterapia
- ✓ Fluido de elección: cristaloides (salino 0.9%
- ✓ Ringer lactato)
- ✓ Bolo inicial: 30 ml/kg en 1 hora
- ✓ Soporte vasopresor

Tratamiento antibiótico; Control del foco de infección, donde pueda ser drenado

#### **SHOCK CARDIOGÉNICO**

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
3. Precarga adecuada: presión capilar pulmonar  $> 15-18$  mmhg
4. Hipoperfusión tisular.

## INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

### FALLO DE BOMBA

- ❖ IAM extenso
- ❖ IAM más pequeño con disfunción VI previa
- ❖ Isquemia severa recurrente

### COMPLICACIONES MECÁNICAS

- ❖ IM secundaria a rotura de músculos papilares
- ❖ Defecto septo ventricular
- ❖ Rotura de pared libre
- ❖ Taponamiento

### MANEJO;

#### 1.-Medidas generales;

- Oxigenoterapia
- Valorar la intubación orotraqueal
  - Optimizar la precarga,
  - 15 mmhg
  - Control de la frecuencia y el ritmo cardíaco

#### 2.-Monitorización;

- Electrocardiograma
- la saO<sub>2</sub>
- La tensión arterial,
- El gasto cardíaco
- Las presiones.

#### 3.-Vasopresores e inotrópicos;

- Asistencia mecánica;  
Se recomienda si el soporte farmacológico no es suficiente para mantener la correcta perfusión de órganos.
- Asistencia ventricular;  
En casos de shock cardiogénico refractario a tratamiento vasopresor/inotrópico y BIACP se debe implantar un sistema de asistencia ventricular.
- Revascularización
  - ✚ Fibrinólisis; en pacientes con IAM y shock cardiogénico.
  - ✚ Intervencionismo coronario percutáneo (ICP)
  - ✚ Quirúrgica; en pacientes con enfermedad coronario izquierdo.

### 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;

Son dos factores que condicionan el descenso en el aporte de O<sub>2</sub>:

- La hipovolemia, (al generar una disminución del GC)
- la anemia.

Tratamiento;

- Control del foco de sangrado.
- Corrección del shock y de la volemia.
- Prevención y tratamiento de la coagulopatía.

## **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).

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)

**URGENCIA HIPERTENSIVA**

Elevación de la TA en ausencia de lesión aguda de los órganos diana que no entraña un compromiso vital

**EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS**

- ✚ Hipertensión arterial acelerada- maligna con papiledema
- ✚ Cerebrovascular
  - Encefalopatía hipertensiva
  - Infarto cerebral aterotrombótico con HTA severa
  - Hemorragia intracraneal o Hemorragia subaracnoidea
  - Traumatismo craneal
- ✚ Exceso de catecolaminas circulantes
  - Uso de drogas
  - Hiperreflexia
- ✚ Cardiacas
  - HTA con infarto agudo o miocardio
- ✚ Renales
  - Fracaso renal agudo
  - Glomerulonefritis aguda
  - Postoperatorio de trasplante renal
- ✚ Eclampsia
- ✚ Quirúrgicas
- ✚ Quemados severos
- ✚ Epistaxis severa

**PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS:**

- La gravedad clínica no debe valorarse exclusivamente por las cifras de TA sino por la afectación de los órganos diana.
- Tener claro que es tan importante tratar la HTA.

**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
- ❖ Abdomen
- ❖ Palpitaciones

**Ortopnea**

- ❖ Estertores y sibilancias
- ❖ Soplos, arritmias
- ❖ Ritmo de golpe
- ❖ Ruidos abdominales
- ❖ coma

## 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

## 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.

**DISECCION AÓRTICA:** cuadro clínico caracterizado por HTA acompañado de dolor torácico irradiado a espalda sin cambios electrocardiográficos y poca respuesta a solinitrina y morfina.

**PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA:** cuadro de HTA severa durante el embarazo. El labetalol urapidil son alternativas válidas para el control de TA

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ARRITMIAS LETALES.

### ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN

Normalmente el marcapasos sinusal es el que activa al corazón.

### 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).

### ARRITMIAS CARDIACAS

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.

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en:

- Trastornos en la conducción de los impulsos.
- Trastornos del automatismo.
- Combinación de ambos. Alteraciones en el inicio del impulso: Automatismo

### 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

Clasificación;

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

### 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 cardíaco
- características en ekg frecuencia: ausente ritmo: ausente
- onda p: ausente complejo qrs: ausente intervalo pr: ausente

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INCONSCIENTE.**

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.

### **CAUSAS**

La pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante:

- + abuso de sustancias (drogas) y alcohol.
- + problemas serios en el sistema nervioso o el corazón

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CONVULSIVO.**

La epilepsia es un trastorno del cerebro. Se le diagnostica epilepsia a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones.

Los signos de una convulsión dependen del tipo de convulsión.

### **LAS CONVULSIONES SE CLASIFICAN EN DOS GRUPOS:**

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

- + Las convulsiones de ausencia
- + Las convulsiones tonicoclónicas
  - Grite.
  - Pierda el conocimiento
  - Se caiga al piso.
  - Tenga rigidez
  - Espasmos musculares.

2. Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro

### **CAUSAN**

- + Sacudidas
- + Cambio de sensación, como un sabor o olor extraño

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.**

Alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo de las funciones de una o varias partes del encéfalo,

CLASIFICACIÓN: Según la naturaleza lesional se dividen en;

**ISQUÉMICOS (85%)**

Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT (accidentes isquémicos transitorios).

**HEMORRÁGICOS (15%)**

El ictus hemorrágico se divide en hemorragia intracerebral (parenquimatosa o ventricular) y hemorragia subaracnoidea.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES METABÓLICAS.**

### **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON DESCOMPENSACIONES DIABÉTICAS.**

Representan dos desequilibrios metabólicos diferentes que se manifiestan por déficit de insulina e hiperglucemia intensa. La DHH aparece cuando una carencia de insulina provoca hiperglucemia intensa, que da lugar a deshidratación y a un estado hiperosmolar. En la CAD el déficit de insulina es más intenso y produce un aumento de cuerpos cetónicos y acidosis.

### **CETOACIDOSIS DIABÉTICA**

La CAD es una situación grave en la que un importante déficit de insulina y un aumento de hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, glucocorticoides y GH) produce:

- + hiperglucemia (glucosa >250).
- + lipólisis y oxidación de ácidos grasos que producen cuerpos cetónicos (acetona, betahidroxitirato, y acetoacetato).
- + Acidosis metabólica (pH < 7,3) con anión GAP (Na- (Cl+HCO<sub>3</sub>) elevado (>15)

### **CETOACIDOSIS: CAUSAS DESENCADENANTES**

- Errores en el tratamiento con insulina.
- Infección, neumonía y urinaria (30-50%).
- Comienzo de una diabetes (30%)



## **CLÍNICA**

CAD suele producirse en un periodo breve (24 h)

### **MANIFESTACIONES CLINICAS DEL CAD;**

#### **EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE CAD Y DHH**

- ✓ Antecedentes de diabetes, medicamentos y síntomas
- ✓ Antecedentes de medicaciones relacionadas con la diabetes
- ✓ Utilización de medicamentos

#### **EVALUAR SITUACIÓN HEMODINÁMICA:**

- Exploración física descartando la presencia de una infección
- Evaluar la volemia y el grado de deshidratación
- Evaluar la presencia de cetonemia y trastornos acidobásicos.

#### **PRUEBAS DE LABORATORIO ANTE SOSPECHA DE CAD Y DHH**

- Bioquímica y hemograma
- Cetonas en suero / cetonuria
- Calcular osmolaridad sérica y el hiato aniónico
- Análisis y cultivo de orina

#### **TRATAMIENTO DE CAD Y DHH LIQUIDOS**

1ª h: 15-20 cc/kg/h (1000- 1500 ml en una persona de 70 Kg) de Suero fisiológico (SF)

0,9% 2ª-5ª h: 4- 15 cc/kg/h (250- 1000 en una persona de 70 Kg) de Suero fisiológico (SF)  
0,9% 5 – 10 h: SF 1000 cc/ 4 h

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA.**

Se define hemorragia digestiva como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo;

Según el origen del sangrado la clasificamos en:

#### **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA):**

Sangrado por encima del ángulo de Treitz. Se manifiesta generalmente en forma de hematemesis (vómito en sangre roja o en poso de café) o melenas (deposición negra, pegajosa y maloliente).

#### **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB):**

Sangrado distal al ángulo de Treitz. Se manifiesta habitualmente como rectorragia (emisión de sangre roja fresca y/o coágulos) o hematoquecia (sangre mezclada con las heces).

#### **MANEJO INICIAL;**

⊗ Breve anamnesis que confirme el episodio de hemorragia digestiva.

⊗ Valoración hemodinámica: determinando la presión arterial, la frecuencia cardíaca y valorando los signos y síntomas de compromiso

## **ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA**

#### **SONDA NASOGÁSTRICA (SNG):**

Puede ser necesaria su colocación si existe duda del origen del sangrado, permitiendo confirmar que nos encontramos ante una HDA si se objetivan restos hemáticos.

## CONCLUSIONES

El manejo del paciente con IAMCEST en la fase aguda debe basarse en una terapia de reperfusión precoz acompañada de medidas generales de monitorización cardíaca y control del dolor, y la administración de fármacos anticoagulantes y antiagregantes, bloqueadores beta, IECA, en casos seleccionados, y estatinas. Con todas estas medidas terapéuticas se ha obtenido un descenso importante en la mortalidad del IAMCEST en las últimas décadas.

# **BIBLIOGRAFIAS**

Antología séptimo cuatrimestre de enfermería

(unidad III Y UNIDAD IV)

PAG; 57 a la 100.