

Terminologicamente ARRITMIA significa ausencia de ritmo, pero en general éste vocablo es utilizado para designar cualquier anomalía en cuanto a ritmo, tiempo ó magnitud eléctrica de alguno de los fenómenos integrantes del trabajo cardiaco.

Los trastornos del ritmo constituyen una de las principales causas responsables del aumento de morbi-mortalidad en los casos de infarto agudo al miocardio.

Por lo que se considera, que un mejor conocimiento de las causas generales, capaces de favorecer ó precipitar su presentación, son indispensables por parte de los integrantes del equipo de salud, y, que en su defecto, en caso de llegar a presentarse, saber la manera de hacer frente adecuadamente a éstas eventualidades que en ocasiones resultan fatales y previsibles.

Veremos primeramente los factores que pueden ocasionarlas, principalmente: la intoxicación por digitálicos, desequilibrios electrolíticos y alteraciones en la respiración (dada su importancia en el equilibrio acido-base en el organismo).

Por intoxicación digitálica, ya que es una de las causas comunes desencadenantes de arritmias que en el caso de infarto agudo al miocardio pueden ser fatales.

Recordemos que la dosis de digital debe adecuarse a cada caso en particular, cierto que hay factores que coadyuvan a la aparición de signos ó que predisponen a la toxicidad, siendo la edad avanzada uno de ellos y la depleción del ion K, por la administración de diuréticos, ó producida por vómitos, diarrea, diálisis u otra causa.

La sensibilidad del corazón a la digital y las arritmias que se presentan por la sobredosis dependen en particular de la existencia ó no de cardiopatías y del grado de lesión del miocardio.

También podemos mencionar la hipoxia, la acidosis y la hipercapnia de la insuficiencia respiratoria; en la insuficiencia renal ó hepática la eliminación de la droga está retardada y puede producirse más fácilmente la intoxicación.

Se ha observado que los pacientes que reciben digital pueden presentar arritmias diversas, postcardioversión. Por lo que cuando éste procedimiento ha de efectuarse es necesario suspender la administración de la droga lo antes posible.

La mayor parte de las intoxicaciones que se observan en la práctica obedecen a alguno de los siguientes factores:

- 1.- Depleción de K, en un paciente que recibe dosis estables de digital, por la administración de diuréticos.
- 2.- Intento erróneo de forzar la mejoría, aumentando la dosis.
- 3.- Inyección IV en un caso que ya estaba medicado con glucosidos.
- 4.- Sujección a esquemas fijos de medicación, sin valoración individual adecuada.

El cuadro clínico de la intoxicación comprende síntomas gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos, sialorrea, diarrea, etc.), que obedecen a una acción directa sobre el SNC e irritante sobre el tracto digestivo.

Sobre el sistema nervioso central actúa provocando cefaleas, mareos, xantopsias, visión borrosa, etc., la digital puede provocar mareos y aunque raras veces, eosinofilia y rash cutáneo.

Y principalmente puede ocasionar cualquier tipo de trastorno del ritmo, por ejemplo, bradicardia sinusal, bloqueos AV, ritmo nodal, ritmos irregulares por extrasístoles ventriculares, taquiarritmias (ventricular, nodal ó auricular), ritmo regular a un paciente que estaba fibrilando (lo que debe hacer sospechar reversión a ritmo sinusal).

De las arritmias citadas son típicamente digitálicas las siguientes:

- Extrasistolia ventricular bigeminada ó polifocal.
- Bloqueo AV de segundo grado con períodos de Wenkebach.
- Taquicardia auricular con bloqueo 2:1 ó variable (a veces se confunde con fibrilación auricular por su irregularidad).
- Ritmos nodales rápidos.
- Taquicardia bidireccional.

Conviene tener en cuenta que los signos gastrointestinales a parecen en el 75% de los casos pero no siempre preceden a las a arritmias. En el 30% de los casos de intoxicación éstas constituyen el primer síntoma.

Como criterio general puede decirse que ante la intoxicación digitálica deben tomarse como medidas generales reposo, suspensión del digitálico, diuréticos, y especiales que dependen de la arritmia en juego. Si la frecuencia se halla en límites aceptables será suficiente el agregado de K y la vigilancia. Si existe trastorno de conducción importante no se administra K, y se trata de normalizar la conducción con atropina; si ello no da resultado se debe proceder a la colocación de marcapaso transitorio

Los desequilibrios electrolíticos, son de importancia las alteraciones del ion K, el antecedente de diuresis copiosas en los últimos días, sobre todo si el paciente ha sido sometido a medicamentos diuréticos, y con vómitos ó estados diarréicos, ésto motivará el pedido de un estudio electrolítico en busca de posible hipopotasemia. El resultado permitirá conocer la cantidad de droga a administrar, utilizando cloruro de potasio, cuando las cifras son inferiores a 4 mEq/L y sistemáticamente cuando se emplea medicación diurética.

La administración debe efectuarse por vía (previa canalización, para evitar la flebitis química que éste fármaco origina) endovenosa, diluyendolo en solución dextrosada al 5%, según necesidad y plan de hidratación. El goteo será vigilado en forma rigurosa, sobre todo si la concentración es elevada, con el objeto de evitar la sobredosificación accidental, pues la hiperpotasemia es también determinante de arritmias graves.

Si la hipopotasemia NO es muy grave y es tolerable la vía oral, ésta se tratará por medio de la ingestión de alimentos ricos en K, tales como: naranja (principalmente), tomate, fresas, plátano, todos los alimentos deberán ser ingeridos en su forma natural, para no alterar sus componentes.

Alteraciones del estado ácido base.- Se debe tener en cuenta principalmente la acidosis, debida a perturbaciones metabólicas ó respiratorias.

La acidosis metabólica se observa en casos complicados con insuficiencia circulatoria por hipotensión prolongada ó shock ó insuficiencia cardíaca severa y, después de episodios de detención circulatoria. El déficit de perfusión de los tejidos ori-

gina cambios en el metabolismo celular, con acumulación de me -
tabolitos (lactato y piruvato) que se vuelcan en el torrente --
circulatorio, determinando la ruptura del equilibrio entre aci-
dos y bases sanguíneos.

La acidosis debe de ser corregida con la administración de
bicarbonato de sodio por vía IV, ya que es un factor precipitan
te de arritmias; contribuye a su mantenimiento ó recurrencia y
dificulta ó anula la acción terapéutica de los fármacos.

Hay que tener en cuenta que muchas veces pasamos inadverti -
das las alteraciones de la respiración, que perturban el inter-
cambio gaseoso a nivel alveolocapilar. Ellas determinan menor
oxigenación sanguínea y disminución en la eliminación del anhí-
dro carbónico (hipercapnia), con perturbación del metabolismo -
celular y acidosis a nivel miocárdico.

ADMISION DEL PACIENTE .-

Cuando un paciente ingresa en el area hospitalaria por una afección cardíaca (ó unidad de cuidados coronarios, si la hay) lo habitual es que su primer contacto se realice con el personal de enfermería, derivandose de ahí la gran importancia que la comunicación y relación que se establezca en esos primeros momentos, ya que de ello dependerá en gran parte la futura actitud mental del enfermo con respecto al medio ambiente que le rodea.

Además de la inmediata y correcta ejecución de las primeras medidas de cuidado significará que desde el comienzo sean aplicadas las medidas terapéuticas indicadas.

Primeramente se debe comunicar el ingreso al médico y luego comenzar la labor específica que cubre los siguientes puntos principalmente:

- Monitoraje
- Signos vitales
- Electrocardiograma
- Laboratorio y Radiografía
- Preparación psicofísica

Monitoraje.- Las arritmias son una de las complicaciones más frecuentes e importantes de IAM. Por lo tanto es necesario el monitoraje inmediato del paciente y es la enfermera quien asume la responsabilidad de dicho procedimiento.

Signos Vitales.- A continuación deben controlarse los signos vitales, para permitir una evaluación del estado clínico en todo momento. Para ello la frecuencia cardíaca que se obtiene desde el cardiotacómetro, debe tomarse el pulso periférico por lo menos en dos grandes arterias para comparar y así comprobar la efectividad de las contracciones miocárdicas. La toma de presión arterial (que debe efectuarse en ambos brazos, consignando las diferencias halladas), la frecuencia respiratoria y la toma de temperatura (rectal completan estas primeras determinaciones.

El examen clínico incluye la evaluación del estado sensorial (excitación, depresión, disnea, etc), el examen de la piel (color, temperatura, humedad), mucosas (cianosis) y tejido celular subcutáneo (edema). También se debe auscultar al paciente tanto el aparato circulatorio como el respiratorio, debiendo controlar además la presencia de los pulsos periféricos.

Deberá también aplicarse venoclisis, la que servirá para: Medicación y reposición de líquidos, poseer vía permeable para un posible tratamiento de emergencia y la medición de la presión venosa central, que nos da una idea de la volemia y el grado de suficiencia cardíaca, aproximada.

El Balance Hídrico es otra de las responsabilidades de enfermería, debiéndose registrar cuidadosamente en él, todo ingreso oral o parenteral, así como toda pérdida (vómitos, diarrea, etc.). La diuresis ocupa un lugar muy importante y su cuidadosa medición. Se pondrá mucha atención en la reposición de líquidos por venoclisis, rotulando los frascos con número, contenido, horario de comienzo y previsto de finalización, así como goteo indicado.

Otra de las tareas de la enfermera durante la admisión es efectuar un electrocardiograma completo, para determinar el ritmo, la localización de la necrosis -si la hubiera- y otras anomalías, como por ejemplo trastornos de la conducción.

Posteriormente se debe seguir su evolución mediante un trazado diario. Dichas tiras deben ser numeradas en orden cronológico, consignando nombre, fecha y hora de la toma. Es aconsejable marcar con sustancias apropiadas la colocación de los electrodos de la primera toma, para que los siguientes se hagan con idéntica ubicación lo que facilita la comparación de los cambios que se produzcan en la evolución.

Es también labor de enfermería la solicitud para las determinaciones en laboratorio, así como la obtención de muestra de sangre necesarias. Generalmente el pedido de rutina consta de eritrosedimentación, glucemia, uremia, ionograma y enzimas.

También se requerirá al departamento de alimentación el tipo de dieta adecuada, respetando en lo posible hábitos y costumbres del paciente, excepto en lo correspondiente a la ingestión de cloruro de sodio, ya que salvo expresa indicación médica contraria, el régimen deberá ser hiposódico.

Quizá la labor de enfermería más importante y que en muchas ocasiones pasamos por alto es la preparación psicofísica del paciente y familia. Debemos de tener en cuenta que el paciente que ingresa sufre un shock emocional, motivado por la angustia de su padecer y las características desconocidas del ambiente. Es su responsabilidad fundamental orientarlo, explicarle cada procedimiento con palabras simples y claras para facilitar su ubicación. Tranquilizarlo mediante el dialogo, ofreciendo su apoyo y comprensión; brindarle confianza y de esta manera aliviar su tensión. Además deberá informarle del horario de visitas y las rutinas de la unidad, asegurándole que sus familiares aunque no pueden permanecer junto a él se hallan enteradas de su evolución.

Otra tarea importante de la enfermera es orientar a la familia, debe motivarla para que entienda la necesidad del cuidado intensivo, explicándole sus objetivos. Se debe de conversar con vocabulario adecuado, respetando siempre la lógica ansiedad; así como comunicar el horario de visita y la rutina

la sala.

Durante la admisión, es habitual que unos minutos de conversación le brinden la necesaria seguridad, como para afrontar la segunda etapa de convalecencia y recuperación.

Con la admisión habremos superado quizá la primera etapa, - de ahí en adelante la comprensión psicológica y la eficiencia - del sistema, colaborarán hasta el egreso del paciente.