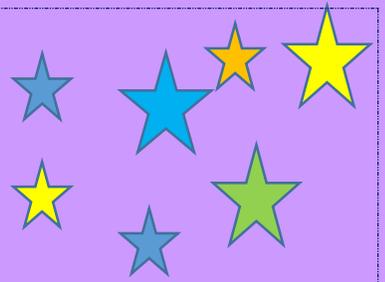


(Universidad Del Sureste).



Nombre de la carrera: Licenciatura en enfermería.

Materia: urgencias y desastres I



Trabajos: folleto

Nombre del Maestro: Guillermo del solar

Nombre de la alumna: Stephany López Martínez

Grado y grupo: 7mo Cuatrimestre Semiescolarido.

Lugar: Tapachula, Chiapas.

Introducción

Es necesario reconocer sus signos y síntomas para responder rápidamente y así se puede disminuir la morbimortalidad, en los últimos años han surgido importantes cambios en su manejo que lamentablemente no han sido incorporados rápidamente por los cursos de soporte vital.

El shock es la falla del sistema circulatorio para satisfacer las necesidades metabólicas.

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

. 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).



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) Debe considerarse la posibilidad de repetir arteriografía.



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 farmacológico a largo plazo tras un sca

1. Fármacos antiagregantes.

Durante 12 meses en todos los pacientes que no tengan alto riesgo hemorrágico; en estos casos: 1 mes tras stent no recubierto, 6 meses tras stent recubierto de everolimus/zotarolimus o 12 meses tras stent recubierto de rapamicina/paclitaxel. Clopidogrel (75 mg/día) indefinidamente en todos los pacientes con alergia a la aspirina. Prasugrel contraindicado si antecedentes de ictus.



Fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico.

Todos los pacientes tras un sca

- Betabloqueante
- IECA O ARA II
- Asociar antialdosteronico si iam con: fevi menor a 40% y signos de fallo cardiaco o diabetes mellitus.

Fármacos antianginosos

- Ivabradina ± nitratos ± amlodipino o nifedipino retard: asociados a BB si angina o lesiones coronarias severas residuales
- Ivabradina ± verapamilo o diltiazem: alternativa a BB si contraindicación.

-Vacunación contra la gripe estacional

En todos los pacientes.

-Vacunación contra el neumococo

En todos los pacientes, cada 5 años.



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. También 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.

Atención de enfermería en el shock.

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



Variables generales:

- Fiebre o hipotermia ($T^a >38^{\circ}\text{c}$ ó $<36^{\circ}\text{c}$)
- 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

Variables inflamatorias:

- Leucocitosis ($>12000/\mu\text{l}$)
- Leucopenia ($<4000/\mu\text{l}$)
- Desviación izquierda ($>10\%$ de formas inmaduras)
- Elevación de PCR y de PCT



Variables de disfunción de órganos:

- Hipoxemia (relación $\text{po}_2/\text{fio}_2 <300$)
- Oliguria (diuresis <0.5 cc/kg/h durante al menos 2h)
- Elevación de Cr >0.5 mg/dl
- Coagulopatía (INR >1.5 ó tpta $>60\text{s}$)
- Trombopenia ($<100000/\mu\text{l}$)
- Íleo (ausencia de ruidos intestinales)
- Ictericia (Bilirrubina total >4 mg/dl)



Variables de perfusión tisular:

- Hiperlactatemia (lactato >1 mmol/L)
- Livideces o relleno capilar enlentecido



Shock Séptico

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



Sepsis Grave Hipoperfusión tisular o disfunción orgánica atribuida a la sepsis

- Hipotensión inducida por la sepsis
- Elevación de lactato (por encima de la cifra normal de laboratorio)
- Diuresis 2.0 mg/dl
- Lesión pulmonar aguda con $po_2/fio_2 < 250$ en ausencia de neumonía
- Lesión pulmonar aguda con $po_2/fio_2 < 200$ en presencia de neumonía
- Bilirrubina > 2 mg/dl
- Plaquetas < 100000 /MI
- Coagulopatía (INR > 1.5)

Estudios complementarios:

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

A. Hemograma

B. Bioquímica

Incluyendo función renal (creatinina y urea), función hepática (bilirrubina), iones, glucemia.

C. Estudio de coagulación

D. Gasometría arterial (si insuficiencia respiratoria) o venosa

E. Lactato

F. Procalcitonina y proteína C reactiva

G. Estudios microbiológicos

Enfermera responsable

Mantener equipada la unidad con materiales, insumos y medicamentos necesarios.

Debe estar capacitada y entrenada ante equipos biomédicos equipos tecnológicos.

Realizar sng y aspiración si se requiere y con la técnica adecuada

Registrar el cuidado pae y mantener actualizada la estadística de atención diaria.

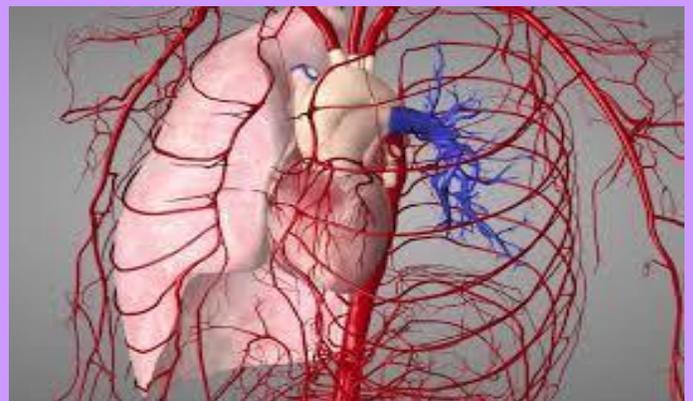
Recibir y hacer entrega de la unidad y paciente.

Causas de shock

El shock puede ser el resultado de un traumatismo, insolación, pérdida de sangre, reacción alérgica, infección grave, envenenamiento, quemaduras graves u otras causas.

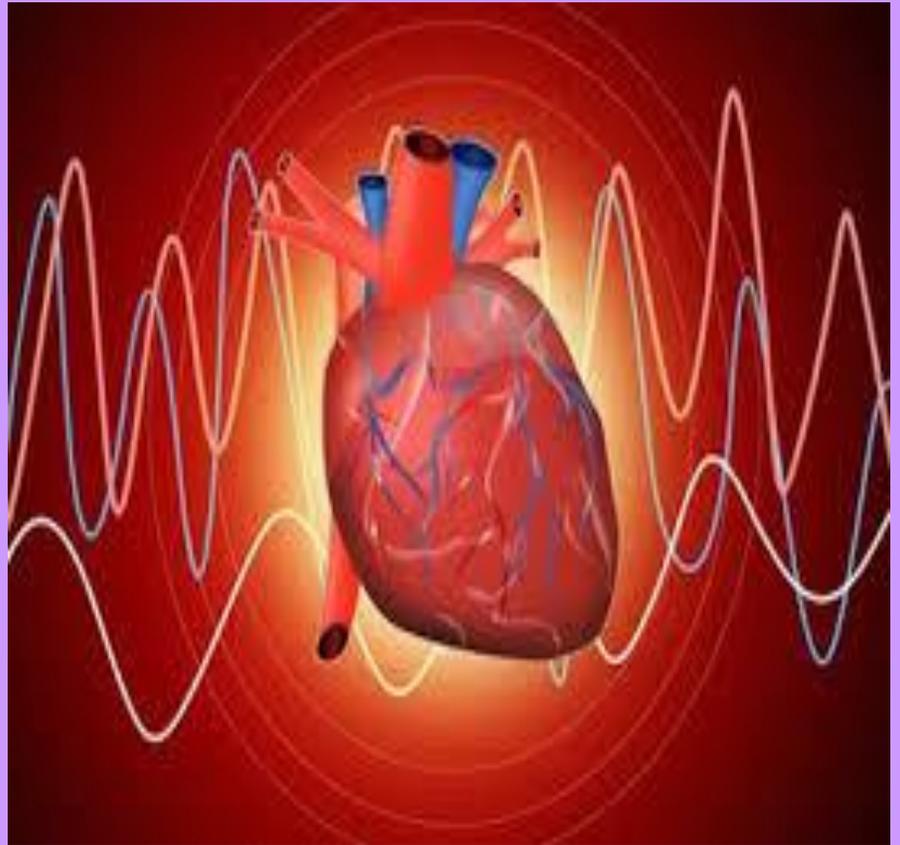


Cuando una persona está en shock, sus órganos no reciben suficiente sangre u oxígeno.



Síntomas de un shock

- Piel fría y húmeda.
- Piel pálida o cenicienta.
- Tinte azulado en los labios o las uñas (o gris en el caso de cutis oscuros)
- Pulso acelerado.
- Respiración rápida.
- Náuseas o vómitos.
- Pupilas agrandadas.
- Debilidad o fatiga



Tipos de shock

- Shock cardiógeno (debido a problemas cardíacos)
- Shock hipovolémico (causado por muy poco volumen de sangre)
- Shock anafiláctico (causado por una reacción alérgica)
- Shock séptico (debido a infecciones)
- Shock neurógeno (ocasionado por daño al sistema nervioso)

Conclusión

A nivel personal un trabajo muy variado e interesante, desafortunadamente cuando se revisa el shock, en general se encuentran limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra o el diseño utilizado en los diferentes estudios que limita conclusiones definitivas.

Bibliografía

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/6c789e81bebd5a07fe449f0d1e743f97.pdf>