

(Universidad Del Sureste).



Nombre de la carrera: Licenciatura en enfermería.

Materia: enfermería clínica

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

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.

Enfermera responsable

Conclusión

Bibliografía