



NOMBRE DEL ALUMNO: Omar Emanuel López Reyes

NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN
SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: Enfermería

MATERIA: ENFERMERIA CLINICA I

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 4to cuatrimestre, escolarizado

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO: cuadro sinoptico “manejo del
paciente en situaciones de shock”

Frontera Comalapa, Chiapas a 30 de noviembre de 2020.

Definición

El shock es un síndrome clínico asociado o múltiples procesos, cuyo denominador es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno en diferentes órganos del cuerpo

Conlleva un metabolismo celular anaerobio, aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica, agotamiento de los depósitos energéticos celulares y alteración de la función celular

Tipos de shock

Shock hemorrágico

Disminución del volumen total de sangre que circula en una persona, como consecuencia de una hemorragia aguda

La gravedad del cuadro dependerá de la cantidad de sangre perdida y la rapidez con que se produzca

Shock hipovolémico no hemorrágico

Se produce como consecuencia de una importante pérdida de líquidos

Gastrointestinales (vómitos, diarreas), renal (diuréticos, diabetes insípida), fiebre elevada (hiperventilación y sudoración excesiva), falta de aporte hídrico (quemaduras, edema traumático)

Shock cardiogénico

Se produce por un fallo de la función miocárdica por un infarto agudo de miocardio

Este shock cursa un GC bajo, una PVC alta, una POAP alta y las RVS elevadas

Shock obstructivo extracardiaco

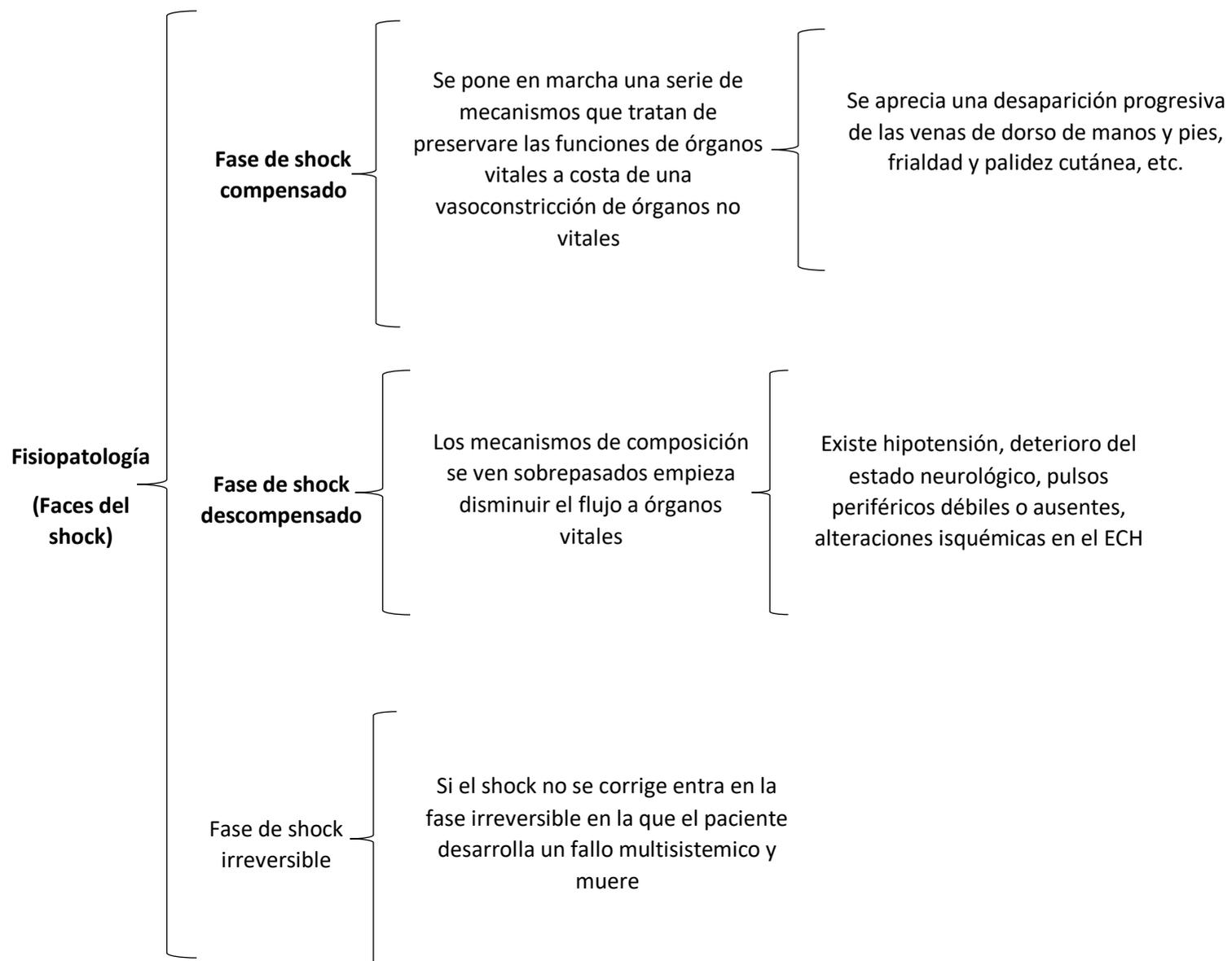
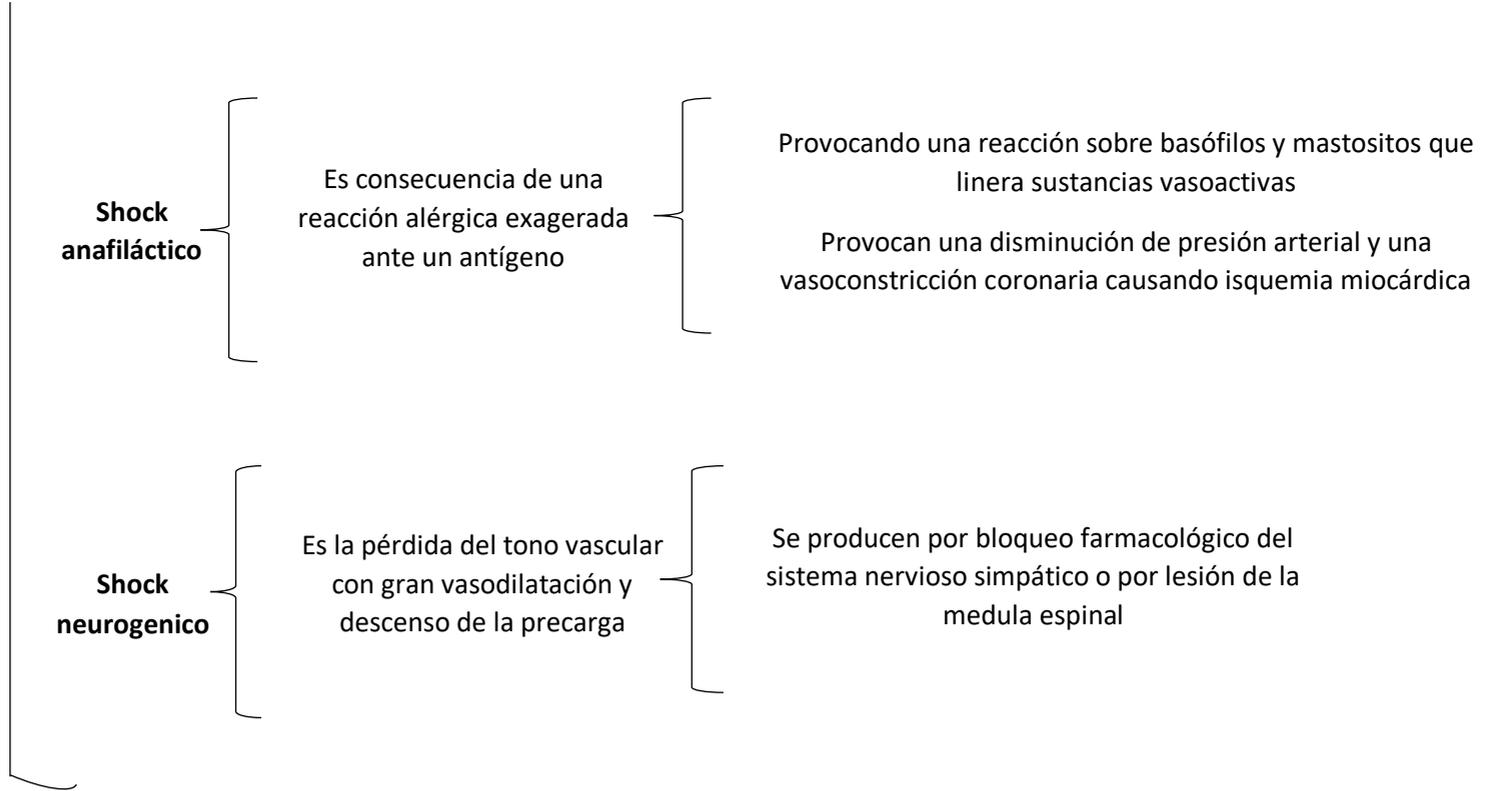
Es un déficit de llenado cardíaco, por lo tanto el corazón no posee suficiente sangre para bombear

Sus causas pueden ser un taponamiento cardíaco, tromboembolismo pulmonar masivo

Shock séptico

Tiene un perfil hiperdinámico que se caracteriza por un HC elevado y con una disminución grave de las RVS

Se genera por una vasodilatación a nivel de la macro y microcirculación y es consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a los microorganismos y toxinas



Manejo del paciente en situación de shock

Clínica

Diagnostico sindromico

Hipotensión arterial

PAM < 60 mmHg o TAS < 90 mmHg, se debe usar la PAM ya que permite una valoración menos sujeta a errores que la PAS

Difusión de órganos

Se presenta una disminución del gasto urinario, una alteración del nivel de conciencia y una dificultad respiratoria

Signos de ala perfusión tisular

Se presenta frialdad, lividez cutánea, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica

Valoración clínica inicial de GC

Shock con GC elevado o hiperdinamico

El pulso amplio con presión diastólica baja, las extremidades están calientes, el relleno capilar es rápido y suele acompañarse de hipertermia

Shock de bajo GC o hipodinamico

Pulso débil o filiforme, palidez y frialdad cutánea, cianosis distal, relleno capilar lento e hipotermia

Pruebas diagnósticas monitorización hemodinámica y metabólica

Analística de urgencia

Hemograma completo con coagulación y pruebas cruzadas, glucemia, ácido láctico

Electrocardiograma

Detectar lesión aguda miocárdica

Radiografía de tórax

Se hace en dos proyecciones si es posible

Gasometría arteria

Si se sospecha shock séptico

El control de la FC

Se hace mediante monitorización electrocardiográfica continua, lo que facilita la detección de arritmias

La PA { Se debe monitorear de forma invasiva con un catéter arterial

La presión venosos central { Se mide con un catéter situado en vena vaca superior y permite una valoración aproximada del estado de volemia eficaz

Medición de la diuresis { Colocación de sonda de Foley para la medición de la diuresis horaria

La pulsioximetria { Método para monitorización de la saturación arterial de O2 (SaO2)

Monitorización metabólica { Medición de la perfusión tisular y medición de los niveles de lacto

Soporte respiratorio { Se debe de mantener la permeabilidad de la vía aérea y una ventilación y oxigenación adecuadas, mediante la administración de O2 mediante una mascarilla tipo ventimas k o mediante una entubación endotraqueal

Soporte circulatorio { Hay que establecer un acceso venoso para la administración de fluidos y fármacos, se administran fármacos vasoconstrictores en preciso utilizar siempre una vía central

Tratamiento

Soluciones cristalinas { Se emplean habitualmente en soluciones salinas fisiológicas y el ringer lactato

Dextranos { Son polisacáridos de alto peso molecular formados por polímeros de glucosa

Gelatinas { Son compuestos obtenidos de la hidrolisis del colágeno bovino

Almidones { Son derivados sintéticos de la amilopetina, son expansores y producen una expacion volemia

Reposición de la volemia

Soluciones coloides

**Fármacos
cardiovasculares**

Adrenalina

Es una catecolamina endógena que actúa sobre los receptores adrenérgicos alfa-1 y alfa-2 y beta-1 y beta-2

Noradrenalina

Tiene efectos beta-1 a dosis bajas, en dosis empleadas habitualmente tiene un potente efecto alfa-1

Dopamina

Es un proceso de la noradrenalina, también tiene acción mixta y dosis dependiente

Dobutamina

Es una catecolamina sintética que actúa sobre los receptores beta-1 y beta-2

**Tratamiento
etiológico**

Shock hemorrágico

Se debe localizar y controlar el foco sangrado colocando 2 angiocateteres de grueso calibre e infundir 2 l de ringer lactato o concentrado de hematíes

Shock hipovolémico no hemorrágico

La evolución de las extremidades inferiores es una medida general que se debe aplicar inicialmente para aumentar el retorno venoso

Shock cardiogenico

Limitar el tamaño del infarto mediante la administración de fibrinolíticos, la angioplastia o la cirugía de revascularización

Shock séptico

La hipovolemia se debe corregir con sueros salinos o ringer lactato que son de elección o se empleara noradrenalina o dubotamina

Shock anafiláctico

No se deben administrar cualquier fármaco sospechoso o la transfusión si se está realizando, se debe de emplear la adrenalina y los corticoides