

**Nombre del alumno:**

Lorena Marisela Vázquez Gómez

**Nombre del profesor:**

lic. Ervin silvestre castillo.

**Licenciatura:**

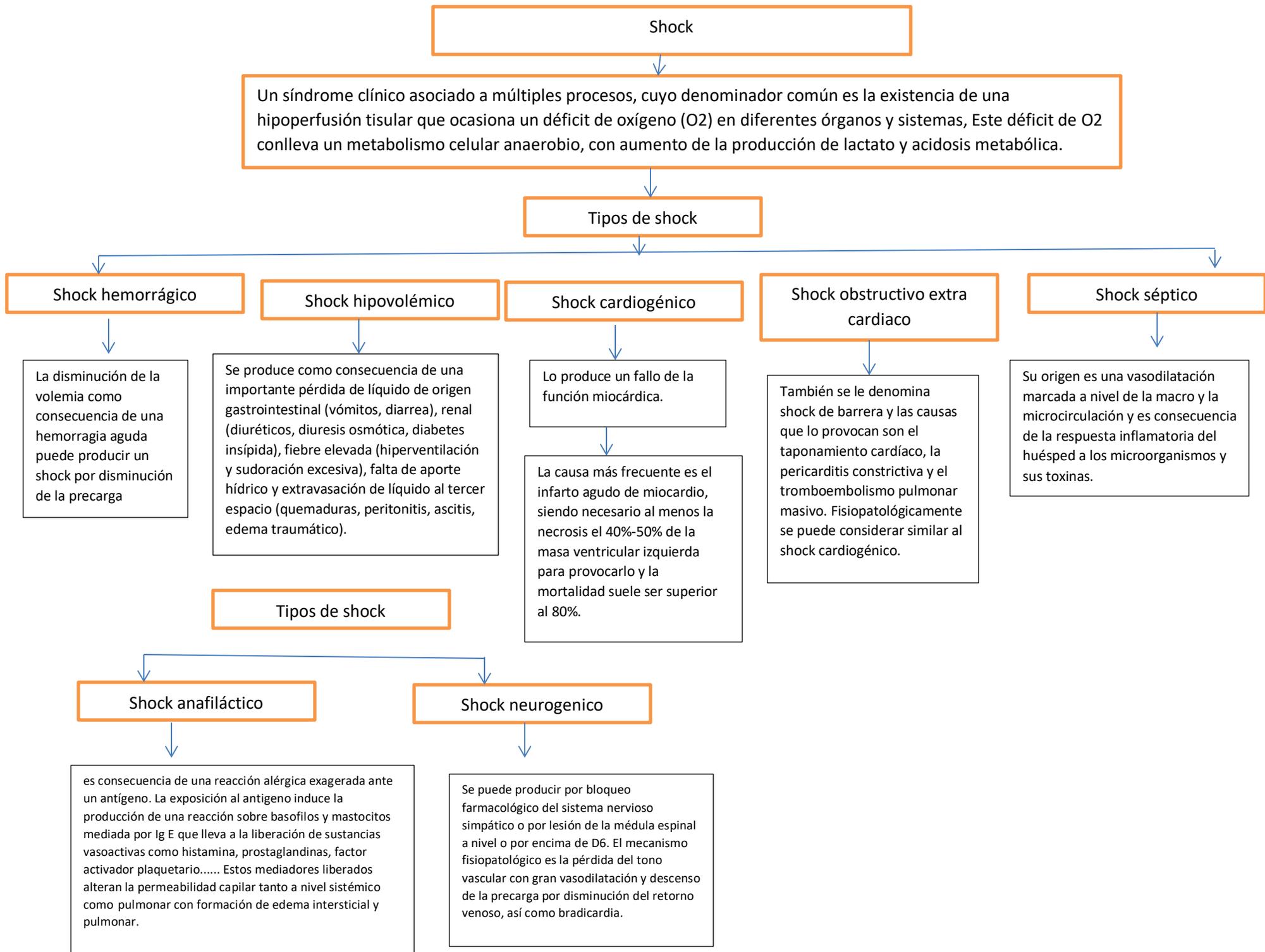
Enfermería.

**Materia:**

Práctica clínica de enfermería II

**Nombre del trabajo:**

Cuadro Sinóptico De:  
“shock”



# Fisiopatología

## Fases de shock

### Fase de shock compensado

En una etapa inicial donde se ponen en marcha una serie de mecanismos que tratan de preservar las funciones de órganos vitales (corazón y sistema nervioso central) a expensas de una vasoconstricción de órganos no vitales (piel, músculos, riñón, área esplácnica).

También

Se intenta mantener el GC aumentando la frecuencia cardíaca y la contractilidad. El volumen efectivo intravascular se mantiene mediante el cierre arteriolar precapilar, con lo que se favorece la entrada de líquido desde el espacio intersticial al intravascular.

### Fase de shock descompensado

Los mecanismos de compensación se ven sobrepasados.

Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales.

Clínicamente existe hipotensión, deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes, diuresis aún más disminuida, acidosis metabólica progresiva y pueden aparecer arritmias y alteraciones isquémicas en el ECG.

### Fase de shock irreversible

Si no se logra corregir el shock se entra finalmente en la fase irreversible en la que el paciente desarrolla un fallo multisistémico y muere.

# Clínica

Hay que tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock.

Hipotensión arterial

Presión arterial media (PAM) < 60 mmHg o presión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg o un descenso > 40 mmHg de sus cifras habituales. Se debe usar la PAM ya que es permite una valoración menos sujeta a errores que la PAS

Disfunción de órganos

Oliguria, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria

Signos de mala perfusión tisular

Frialdad, livideces cutáneas, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica.

Valoración clínica inicial del GC nos permitirá clasificar al shock en uno de los dos grandes grupos:

Shock con GC elevado o hiperdinámico

Aquí el GC está elevado, el pulso es amplio con presión diastólica baja, las extremidades están calientes, el relleno capilar es rápido y suele acompañarse de hipertermia (habitualmente en relación con un proceso infeccioso)

Shock de bajo GC o hipodinámico

Se caracteriza por la presencia de un pulso débil o filiforme, palidez y frialdad cutánea, cianosis distal, relleno capilar lento e hipotermia

# Prueba diagnostica



Analítica de urgencia: hemograma completo con coagulación y pruebas cruzadas, Glucemia, iones, creatinina, perfil hepático, amilasa, ácido láctico.

Electrocardiograma: para descartar lesión aguda miocárdica

Radiografía de tórax en dos proyecciones, si es posible

Gasometría arterial

Hemo y urocultivo si se sospecha shock séptico Otras exploraciones (TAC, ECO, gammagrafía pulmonar.) en función de la sospecha etiológica.

# Tratamiento

```
graph TD; A[Tratamiento] --> B[Soporte Respiratorio]; A --> C[Soporte Circulatorio]; A --> D[Reposición de la volemia]; B --> E["Normalmente se usa la administración de O2 mediante mascarilla tipo ventimask con FiO2 del 40% o gafas nasales. Se empleará la intubación endotraqueal en casos de insuficiencia respiratoria severa (PaO2 < 60 mmHg con o sin hipercapnia, taquipnea grave con aumento del trabajo respiratorio y/o alteración del nivel de conciencia (Glasgow <8)."]; C --> F["Una vez asegurada la función respiratoria hay que establecer un acceso venoso para la administración de fluidos y fármacos. Los angiocatéteres de grueso calibre (14G ó 16G) colocados en una vena periférica son más adecuados para una rápida reposición de la volemia. Si se administran fármacos vasoconstrictores es preciso utilizar siempre una vía central."]; D --> G["Independientemente de la causa del shock, y si no existen signos de sobrecarga de volumen, es imprescindible restaurar el volumen circulante."];
```

## Soporte Respiratorio

Normalmente se usa la administración de O<sub>2</sub> mediante mascarilla tipo ventimask con FiO<sub>2</sub> del 40% o gafas nasales. Se empleará la intubación endotraqueal en casos de insuficiencia respiratoria severa (PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg con o sin hipercapnia, taquipnea grave con aumento del trabajo respiratorio y/o alteración del nivel de conciencia (Glasgow <8).

## Soporte Circulatorio

Una vez asegurada la función respiratoria hay que establecer un acceso venoso para la administración de fluidos y fármacos. Los angiocatéteres de grueso calibre (14G ó 16G) colocados en una vena periférica son más adecuados para una rápida reposición de la volemia. Si se administran fármacos vasoconstrictores es preciso utilizar siempre una vía central.

## Reposición de la volemia

Independientemente de la causa del shock, y si no existen signos de sobrecarga de volumen, es imprescindible restaurar el volumen circulante.