



**NOMBRE DEL ALUMNO: Blanca Azucena
Sánchez López**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Alfonzo Velázquez
Pérez**

LICENCIATURA: Enfermería

**MATERIA: : Enfermería en urgencias y
desastres**

PASIÓN POR EDUCAR

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 7° Escolarizado

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO: Ensayo de
Atención de enfermería ante el shock.**

Frontera Comalapa, Chiapas a 13 de noviembre de 2020

El estado de shock es la condición en la que el paciente no cuenta con una perfusión tanto en órganos como en tejidos suficientes, esto provoca que las células mueran y se acumulen desechos.

Es un síndrome clínico que se produce como consecuencia de una perfusión inadecuada de los tejidos. Con independencia de la causa, el desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno y sustratos, inducido por la hipoperfusión provoca disfunción celular.

Hay tipos de shock que son:

SHOCK HIPOVOLEMICO

Sus signos y síntomas se clasifican en tres maneras

- Leves: frialdad en las extremidades, prolongación del tiempo de llenado capilar, diaforesis, colapso de venas, ansiedad
- Moderadas: taquicardia, taquipnea, oliguria
- Graves: inestabilidad hemodinámica, taquicardia intensa, hipotensión, deterioro del estado psíquico.

El diagnóstico puede ser sencillo si existen signos de inestabilidad hemodinámica y es evidente el origen de la pérdida de volumen. Es más difícil cuando la fuente de la hemorragia permanece oculta. Las pérdidas de plasma provocan hemoconcentración y, la pérdida de agua libre, hipernatremia, lo cual podría sugerir la presencia de hipovolemia. Para la reanimación inicial, se requiere una reexpansión rápida del volumen intravascular circulante. La restitución de volumen se instituye al administrar con rapidez solución salina isotónica (teniendo la precaución de evitar una acidosis hiperclorémica al faltar el amortiguamiento del bicarbonato y al sustituir un exceso de cloruro) o solución Hartmann (teniendo en cuenta la presencia de potasio y la posibilidad de disfunción renal), a través de un catéter intravenoso grande. El suministrar 2 a 3 litros de solución salina a lo largo de 20 a 30 minutos debe restablecer los parámetros hemodinámicos normales. Si la inestabilidad hemodinámica persiste, significa que el estado de choque no se ha

revertido o hay hemorragia en curso o ambas situaciones. Si la hemorragia continúa, será necesaria la transfusión de sangre. Después de la hipovolemia intensa o prolongada, muchas veces es necesario suministrar algún inotrópico, como noradrenalina, vasopresina o dopamina para mantener la función ventricular.

SHOCK CARDIOGÉNICO

El choque cardiogénico se define como un estado de hipoperfusión sistémica ocasionado por falla cardíaca. Existen parámetros para definir el choque cardiogénico como lo son:

- Hipotensión persistente con presión arterial sistémica $<80-90$ mmHg o PAM reducida en 30 mmHg con respecto a la basal.
- Reducción severa en el índice cardíaco menor a 1.8 L/min/m² sin soporte o menor a 2.2 L/min/m² en pacientes con soporte mecánico.
- Presión de llenado ventricular adecuado o aumentado.

El infarto agudo de miocardio con falla del ventrículo izquierdo es la causa más común de choque cardiogénico.

CHOQUE SÉPTICO

A causa de que la sepsis se define como un síndrome, hay múltiples procesos fisiopatológicos contenidos dentro del mismo término. La interacción de productos microbiológicos con un hospedero susceptible, induce una cascada de inmunomoduladores, causando disfunción celular y orgánica. Esto incluye alteraciones en la respuesta inmune innata, cascadas inflamatorias, vía anti fibrinolítica y procoagulante, metabolismo y señalización celular, y en la respuesta inmune adquirida.

Al recibir al paciente, se debe de valorar el ABC (consiste en intentar optimización de signos vitales, intubación y apoyo ventilatorio, colocar acceso venoso central, resucitación con volumen o aminas vasoactivas). Las metas de tratamiento dentro de las primeras 6 horas son: mantener la presión venosa central (PVC) entre 8 y 12 mmHg, tensión arterial media mayor o igual a 65 mmHg, gasto urinario mayor o igual a 0.5ml/kg/hr, y una saturación de oxígeno en sangre venosa mayor de 70%.

Administrar soluciones cristaloides en busca de mantener PVC entre 8-12 mmHg; si el paciente se encuentra hipovolémico se puede administrar 1000cc en 30 minutos, y continuar de acuerdo a la respuesta del mismo. Se puede administrar coloide si se considera por el tratante.

SHOCK ANAFILÁCTICO

Este tipo de shock es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno. Las sustancias que son capaces de producirlo son numerosas y entre ellas se incluyen antibióticos, anestésicos locales, contrastes yodados, antiinflamatorios no esteroideos, hemoderivados, venenos animales, algunas hormonas (insulina, ACTH, vasopresina), dextrano, analgésicos narcóticos, protamina, hierro parenteral, heparina y determinados alimentos.