



**Nombre de alumno:** Janeth López Gómez

**Nombre del profesor:** L. E. Nancy Domínguez Torres

**Nombre del trabajo:** PLACE “SHOCK”

**Materia:** Enfermería Clínica I

**Grado:** 4to. Cuatrimestre

**Grupo:** Único

Pichucalco, Chiapas a 17 de Octubre del 2020.

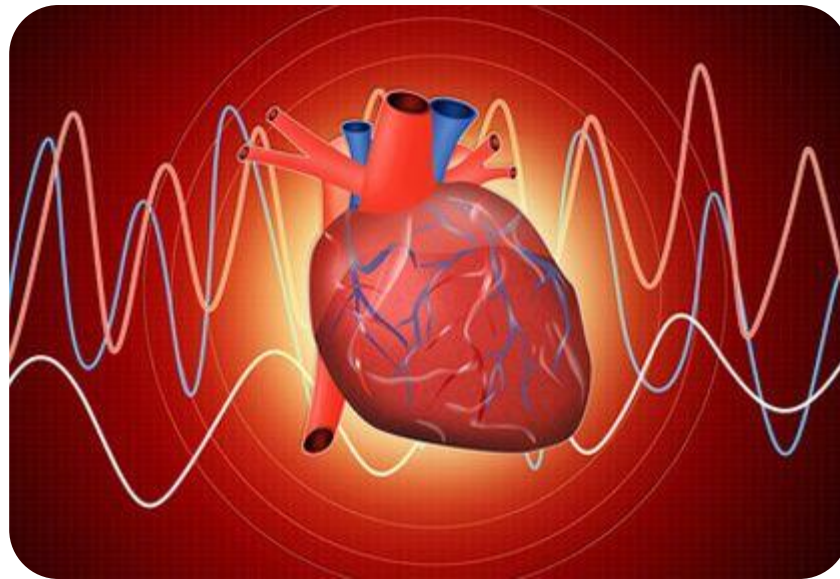
# INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
SIGNOS Y SINTOMAS.....	6
TRATAMIENTO.....	7
PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS .....	9
SHOCK.....	9
VALORACION DE DATOS .....	10
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	11
PLAN DE RESULTADOS (NOC).....	12
PLAN DE INTERVENCIONES (NIC) .....	13

## INTRODUCCIÓN

El término shock se utiliza en la práctica clínica para denominar a la insuficiencia circulatoria que ocasionalmente se desarrolla durante la evolución de diferentes patologías y cuya aparición se asocia a una elevada mortalidad. Podríamos definirlo como un estado patológico asociado a determinados procesos, cuyo denominador común es la existencia de hipoperfusión e hipoxia tisular en diferentes órganos y sistemas, que de no corregirse rápidamente produce lesiones celulares irreversibles y fracaso multiorgánico. Tanto los mecanismos fisiopatológicos que conducen a él como las manifestaciones y el tratamiento del mismo difieren en cada caso, dependiendo de la etiología y el tipo de shock, del momento evolutivo, del tratamiento aplicado y de la situación previa del paciente. Pueden coexistir distintas causas de shock en un mismo paciente, de forma que el cuadro clínico y hemodinámico no sea típico, lo que puede dificultar su interpretación.

# SHOCK



## **ETIOLOGÍA**

El shock es un estado de hipoperfusión de los órganos que produce disfunción y muerte celular. Los mecanismos pueden incluir una disminución del volumen circulante, disminución del gasto cardíaco y vasodilatación, a veces con derivación de la sangre que saltea los lechos de intercambio capilar. El principal problema en el shock es la reducción de la perfusión de los tejidos vitales. Al disminuir la perfusión, el oxígeno transportado a las células es inadecuado para el metabolismo aerobio, y las células pasan a un metabolismo anaerobio con aumento de la producción de dióxido de carbono y de los niveles sanguíneos de ácido láctico. La función celular disminuye, y si el shock persiste, se produce daño celular irreversible y muerte celular.

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

El estado mental alterado letargo, confusión, somnolencia es un signo común de shock, las manos y los pies están pálidos, fríos, húmedos y a menudo cianóticos, al igual que los lóbulos de las orejas, la nariz y los lechos ungueales. El tiempo de llenado capilar se prolonga, la piel es grisácea o mate y con aspecto húmedo. Puede observarse una sudoración franca, los pulsos periféricos son débiles y rápidos, a menudo se palpan sólo los pulsos femorales o carotídeos. Puede haber taquipnea e hiperventilación, la presión arterial tiende a estar baja o no puede medirse; la medición directa mediante catéter intraarterial permite obtener valores más elevados y precisos.

## TRATAMIENTO

El tratamiento comienza simultáneamente con la evaluación. Debe administrarse oxígeno suplementario con máscara facial. Si el shock es grave o la ventilación es inadecuada, se debe intubar la vía aérea para una ventilación mecánica. Deben colocarse 2 catéteres IV de gran calibre 14 a 16 G en venas periféricas separadas. Una vía venosa central o una aguja intraósea, en especial en niños, pueden ser útiles si no es posible acceder a las venas periféricas con facilidad. Los pacientes en shock están en situación crítica y deben ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Es preciso contar con una monitorización con ECG, presión arterial sistólica, diastólica y media, preferible mediante catéter intraarterial, determinación de la frecuencia y profundidad de la respiración, oximetría del pulso, diuresis mediante sonda vesical permanente, temperatura corporal y situación clínica, incluyendo actividad sensorial volumen del pulso, temperatura y color de la piel. La medición de la PVC, POAP, el gasto cardíaco mediante termodilución utilizando un catéter de arteria pulmonar con balón en la punta puede ayudar al diagnóstico y tratamiento inicial de pacientes con shock de etiología incierta o mixta o shock grave, sobre todo asociados a oliguria o edema pulmonar. La ecocardiografía en la cama del paciente o transesofágica es una alternativa menos invasiva.

Debe realizarse la medición seriada de gases en sangre arterial, hematocrito, electrolitos, creatinina en suero y lactato en sangre. La medición sublingual de dióxido de carbono, si está disponible, es una medida no invasiva de la perfusión visceral los niveles aumentan cuando disminuye la perfusión tisular. Como la hipoperfusión tisular dificulta la absorción intramuscular, los fármacos parenterales deben darse por vía IV. Es preciso evitar los opiáceos pues producen vasodilatación, aunque un dolor intenso puede tratarse con morfina 1 a 4 mg IV en 2 minutos repetidos cada 10 a 15 minutos en caso necesario. Si bien la hipoperfusión cerebral puede producir ansiedad, no se indican sistemáticamente sedantes o tranquilizantes. Luego de la reanimación inicial, el tratamiento específico se orienta a la enfermedad de base. El tratamiento de apoyo adicional depende del tipo de shock.



# PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS SHOCK

## VALORACIÓN ANALISIS DE DATOS

<b>PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD</b>	<b>DATOS IDENTIFICADOS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA</b>
<b>PATRÓN 1.</b> PERCEPCION DE LA SALUD-MANEJO DE LA SALUD	Latidos del corazón rápidos y de forma repentina, Transpiración, Palidez, Pulso débil Respiración acelerada	1. RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO
<b>PATRÓN 1.</b> PERCEPCION DE LA SALUD-MANEJO DE LA SALUD	Mala perfusión tisular: desorientación, depresión del nivel de conciencia, vasoconstricción periférica con frialdad, sudoración, pulso capilar, taquicardia.	2. RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSION TISULAR CARDIACA

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

<b>DOMINIO / CLASE</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TIPO DE DX</b>
<b>D4</b> ACTIVIDAD REPOSO <b>C4</b> RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES	1. RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO <b>R/C</b> ALTERACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y RITMO CARDIACO, ALTERACION DE LA CONTRACTILIDAD	REAL
<b>D4</b> ACTIVIDAD REPOSO <b>C4</b> RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES	2. RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA <b>R/C</b> ESPAMO DE LA ARTERIA CORONARIA. TAPONAMIENTO CARDIACO.	RIESGO

## PLAN DE RESULTADOS (NOC)

**DEFINICIÓN DE RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO:** La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

1. RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO R/C ALTERACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y RITMO CARDIACO, ALTERACION DE LA CONTRACTILIDAD.

DOMINIO Y CLASE	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DOMINIO II SALUD FISIOLÓGICA</b>  <b>CLASE E</b>  <b>CARDIOPULMONAR</b>	<b>0418</b>  <b>SEVERIDAD DEL SHOCK CARDIOGÉNICO</b>	041807 Aumento de la frecuencia cardíaca  041808 Pulso débil , filiforme  041809 Arritmias  041814 Disminución del oxígeno arterial.	1.-Nunca demostrado 2.-Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado  CALIFICACION MINIMA: 5  CALIFICACION MAXIMA:15	MANTENER A:  15   AUMENTAR A:  20

## PLAN DE INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO Y NIVEL	INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO (De la intervención)
<p><b>CAMPO II FISIOLÓGICO COMPLEJO</b></p> <p><b>NIVEL N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR</b></p>	<p><b>4254 MANEJO DEL SHOCK CARDIACO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardiaco.</li> <li>✓ Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco.</li> <li>✓ Administrar suplementos de oxígeno, si procede.</li> <li>✓ Controlar y evaluar los indicadores de hipoxia tisular (saturación venosa mixta de oxígeno, saturación venosa central de oxígeno, niveles séricos de lactato, capnometría sublingual).</li> <li>✓ Favorecer la reducción de la precarga (con vasodilatadores inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o balón intraaórtico de contrapulsación), según corresponda.</li> </ul>	<p>Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con un compromiso grave de la función de bombeo cardiaco.</p>