



MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Rebeca María Henríquez Villafuerte

Temas: Choque Hipovolémico/Hemorragico, Choque Neurológico/Anafiláctico, Choque Distributivo, Choque Obstructivo y Choque Cardiogénico.

NOMBRE DE LA MATERIA: Urgencias Médicas

PARCIAL I:

Catedrático: José Daniel Estrada Morales

LICENCIATURA: Medicina Humana

GRADO: 8° semestre

San Cristóbal de las Ccasas, Chiapas. 07 de Marzo de 2025

CHOQUE HIPOVOLÉMICO/HEMORRÁGICO

Es una condición producida por una rápida y significativa pérdida de volumen intravascular provocando consecuentemente inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, del intercambio gaseoso, hipoxia celular, daño a órganos y la muerte.

FISIOPATOLOGÍA

Nace a partir de una pérdida de líquidos externa o interna, la cual generalmente viene acompañada de una ingesta inadecuada de líquidos y reducción del volumen del plasma circulante. En este sentido, puede ser causada debido a hipertermia, vómitos y diarrea persistentes, pérdidas renales no compensadas o el secuestro de grandes cantidades de líquido en el abdomen.

Así, el cuerpo compensa las pérdidas de volumen de la siguiente manera:

- Aumento del Volumen Sistólico (hasta Hb 7,5 g/dl).
- Aumento de la frecuencia cardíaca (la taquicardia acorta la diástole y, por tanto, la duración de la perfusión coronaria).
- Aumento de la tasa de extracción por redistribución y reclutamiento capilar en los pulmones.
- Aumento de la concentración de 2,3-difosfoglicerato (luego de 4-6 horas), así el oxígeno se entrega más fácilmente a los tejidos periféricos porque la unión entre el oxígeno y la Hb es más débil.

CUADRO CLÍNICO

Hemorrágico: hemorragia externa, signos y síntomas de hemorragia interna, hipotensión.

No hemorrágico: boca seca, ausencia de lágrimas, ojos/fontanela hundidos, presión venosa yugular (PVY) baja, estado mental alterado

PRUEBAS DE LABORATORIO

Hemograma, pruebas de coagulación, gasometría arterial o venosa, examen de orina, ecografía torácica o abdomen.

DIAGNÓSTICO

- ❖ Lo primordial es realizar correcta anamnesis y exploración física para identificar lesiones que comprometan la vitalidad del paciente, así como el control continuo de la vitalidad, estado neurológico, diuresis, conservar y detener la volemia del paciente.
- ❖ Según el ATLS el manejo clínico como el tratamiento debe continuar con la secuencia cronológica del ABCDE, iniciar con:
 - correcto medio de oxígeno (vía aérea permeable),
 - propagación de oxígeno a la sangre >95% (buena respiración),
 - perfusión (circulación), valoración neurológica y
 - realización de exámenes, con el objetivo de obtener un control hemodinámico estable del paciente, posterior a eso se procede al desvestir al paciente, mismo que un paso clave para prevenir la hipotermia e inmediatamente se realiza la exploración física desde la cabeza hasta la punta de los pies en busca de lesiones adicionales.

TRATAMIENTO

Se fundamenta en el ABC de la nemotecnia propuesta por el ATLS, en primera instancia se debe:

- ❖ resguardar la vía aérea permeable mediante la aspiración de sustancias, retirada de cuerpos extraños de la cavidad oral en conjunto con el control cervical (A),
- ❖ seguidamente se administrará oxigenoterapia, ventilación a presión positiva continua o ventilación mecánica invasiva con intubación endotraqueal previa (B),
- ❖ por último se debe controlar la circulación y hemorragias (C) a través de la fluidoterapia, la administración de fármacos vasopresores e inotrópicos, cirugía y la embolización o arteriografía

BIBLIOGRAFÍA:

<https://puertomadoeditorial.com.ar/index.php/pmea/catalog/download/13/77/113?inline=1>

https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/terapia/Choque_Hipovolemico.pdf

CHOQUE HIPOVOLÉMICO/HEMORRÁGICO.

CHOQUE OBSTRUCTIVO

Se caracteriza por un déficit de llenado cardíaco, es decir, aunque el corazón es normal, no posee sangre suficiente para bombear. Esto es producto de la compresión cardíaca o de estructuras circundantes, que pierden la distensibilidad.

ETIOLOGÍA

CARDÍACO:

- Tamponade
- Pericarditis
- Constrictiva
- Coartación aórtica

EXTRACARDIACO:

- TEP (tromboembolia pulmonar)
- Hipertensión pulmonar
- Neumotórax atensión
- VMI - PEEP

FISIOPATOLOGÍA

- ❖ Llenado diastólico/precarga:
 - síndrome compresión de la vena cava
 - neumotórax atensión
 - aumento de PEEP
- ❖ Aumento poscarga
 - TEP
 - masas mediastínicas
- ❖ Aumento de la poscarga VI
 - Disección aórtica
 - Síndrome Leriche
 - Estenosis aórtica grave

CUADRO CLÍNICO

Taponamiento cardíaco

- Aumento de las presiones de llenado cardíaco
- ↑PVC
- ↑PCP
- Taquicardia
- Hipotensión

DIAGNÓSTICO

- ❖ Ecografía

TRATAMIENTO

- ❖ Pericardiocentesis
- ❖ Toracocentesis
- ❖ Trombolíticos HEPARINA

CHOQUE DISTRIBUTIVO

Es un tipo de shock, una condición de emergencia médica caracterizada por una disminución del flujo sanguíneo a los órganos y tejidos del cuerpo, que en última instancia puede llevar a la insuficiencia orgánica y la muerte.

Anafiláctico

Reacción grave y a veces potencialmente mortal del sistema inmunitario a un antígeno al que una persona ha estado expuesta antes

Neurogénico

Es una emergencia médica que se produce cuando hay una lesión en el sistema nervioso

ETIOLOGÍA

Dependiendo de su causa, puede existir disnea, tos, habones urticariales (anafilaxia), disuria, hematuria, escalofríos, mialgias, fiebre o leucocitosis (sepsis).

FISIOPATOLOGÍA

Alteración entre el continente y el contenido vasculares por vasodilatación (piel caliente). Las causas más frecuentes son el shock séptico, el anafiláctico y el neurogénico. No hay que olvidar que el dolor también puede provocarlo.

CUADRO CLÍNICO

Presión arterial baja, una frecuencia cardíaca rápida, cambios en el estado mental, como confusión o pérdida de conciencia, piel cálida y roja, y disminución de la cantidad de orina.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Glucemia y análisis de orina mediante tira reactiva.
• Gasometría arterial o venosa. Hematocrito, para valorar shock hipovolémico.
• Electrocardiograma.
• Si existe acidosis metabólica, se determina la concentración sérica de lactato. Marcadores de sepsis: proteína C reactiva (PCR) y pro calcitonina Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.
• Bioquímica sanguínea que incluya: glucosa, urea, creatinina, Sodio potasio, cloro, amilasa, calcio, bilirrubina directa y total, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT).

DIAGNÓSTICO

- Exploración física
- Análisis de sangre
- Anamnesis

TRATAMIENTO

- adrenalina
- antihistamínicos
- esteroides

CUADRO CLÍNICO

Hipotensión y bradicardia, piel caliente y enrojecida, hipotermia se desarrolla por la vasodilatación profunda y la pérdida de calor.

DIAGNÓSTICO

Mediante una evaluación clínica que incluye la valoración de los signos vitales, el estado neurológico y el nivel de conciencia

TRATAMIENTO

Vasopresores (norepinefrina, epinefrina), manejo de líquidos /CE/PFC, esteroides, antibióticos y antihistamínicos

CHOQUE CARDIOGNÉNICO

Es un estado fisiopatológico crítico en donde un corazón con bajo gasto cardiaco (GC) no es suficiente para perfundir los tejidos de manera adecuada.

ETIOLOGÍA

- ❖ El paciente puede referir disnea, dolor torácico o palpitaciones.

FISIOPATOLOGÍA

Es secundario a la existencia de un fallo miocárdico intrínseco.
Sus causas más frecuentes son el infarto agudo de miocardio (IAM), la miocarditis, la insuficiencia valvular aguda y las arritmias.

CUADRO CLÍNICO

- Respiración rápida
- Falta de aire grave
- Latidos del corazón rápidos y repentinos (taquicardia)
- Pérdida del conocimiento
- Pulso débil
- Presión arterial baja (hipotensión)
- Sudoración
- Piel pálida
- Pies y manos fríos
- No orinar u orinar menos de lo normal

ESTUDIOS DE LABORATORIO

GABINETE:

Electrocardiograma de 12 derivaciones con imagen de IAM, radiografía de tórax con cardiomegalia y/o edema agudo pulmonar.

LABORATORIO:

Enzimas cardíacas, principalmente troponinas, y péptido natriurético, se espera que ambas estén elevadas.

Además, otros análisis bioquímicos a considerar son el aumento de los niveles de lactato, enzimas hepáticas, creatinina y acidosis metabólica.

DIAGNÓSTICO

En la auscultación cardíaca pueden hallarse soplos o tonos arrítmicos.

Suele existir ingurgitación yugular y la PVC está aumentada.

TRATAMIENTO

- ❖ Soporte respiratorio
- ❖ Infusión de líquidos
- ❖ Fármacos vasopresores (NORADRENALINA)
- ❖ Mantener la PAS por encima de 90 mmHg o la presión arterial media en una cifra igual o superior a 65 mmHg

BIBLIOGRAFÍA:

MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN)

5º EDICIÓN

AUTORES: LUIS JIMENEZ MURILLO Y F. JAVIER MONTERO PÉREZ

PÁG: 130- 136