



Cuadro Sinóptico

Nombre del Alumno: Anayeli Pérez Ordoñez

Nombre del tema: Diseño de la investigación: Tipos de Shock

Parcial: 1ro.

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales

Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sánchez

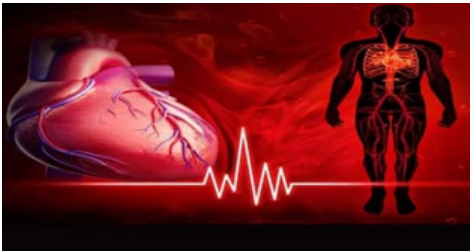
Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9°

Pichucalco, Chis; a 23 de Mayo de 2025

Shock Hipovolémico

Es una afección de emergencia que ocurre cuando hay una pérdida grave de sangre o de otros líquidos, lo que provoca que el corazón no pueda bombear suficiente sangre al cuerpo. Esta condición puede llevar a que muchos órganos dejen de funcionar. Se caracteriza por una disminución repentina y grave del volumen sanguíneo circulante, lo que puede resultar en inestabilidad hemodinámica y daño a los órganos.



ETIOLOGÍA

Hemorragias, quemaduras graves, deshidratación, vómitos/diarrea intensos

- Hemorragias: debido a heridas, lesiones traumáticas o sangrado interno.
- Deshidratación: provocada por quemaduras, diarreas, vómitos o sudoración excesiva.
- Pérdida de fluidos y electrolitos: que afecta la estabilidad hemodinámica y la perfusión tisular.
- Si no se trata, puede llevar a complicaciones graves como insuficiencia orgánica.

CUADRO CLÍNICO

- Fase inicial:
 - Taquicardia (respuesta compensatoria), Palidez, Piel fría y sudorosa, Sed intensa, Disminución del llenado capilar, Ansiedad o agitación.
- Fase progresiva:
 - Hipotensión, Oliguria o anuria, Taquipnea, Confusión o alteración del estado de conciencia.
- Fase irreversible:
 - Cianosis, Bradicardia, Pérdida de conciencia, Fallo multiorgánico.

TRATAMIENTO

Medidas iniciales:

- Vía aérea permeable.
- Oxigenoterapia de alto flujo.
- Colocación de dos accesos venosos periféricos grandes.
- .

Reposición de volumen:

- Cristaloides: Solución salina normal o Ringer Lactato.
- Coloides o sangre: En casos de hemorragia severa (transfusión de hemoderivados).

Valoración continua:

- Control de signos vitales cada 5 a 15 minutos.
- Evaluar llenado capilar, coloración de piel, nivel de conciencia.
- Medir diuresis horaria (colocación de sonda vesical).

Administración de tratamiento:

- Administrar líquidos intravenosos según prescripción.
- Transfusión de sangre si está indicada.
- Aplicar oxígeno.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

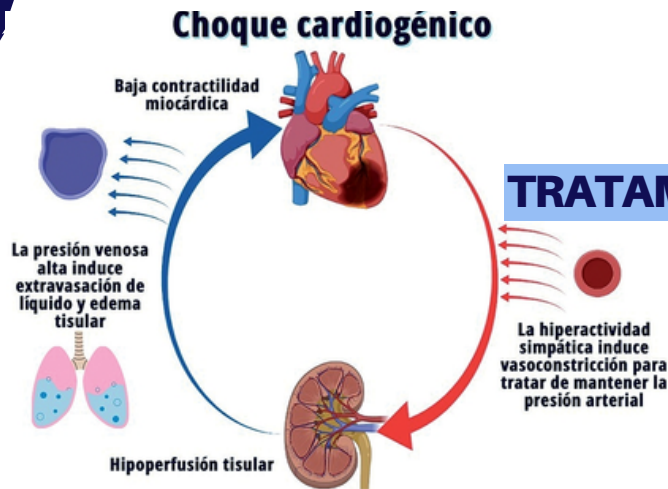
<https://www.bing.com/search?>

q=shock%20hipovol%C3%A9mico%20etiologia&q=n&form=QBR&sp=-1&ghc=1&lq=0&pg=shock%20hipovol%C3%A9mico%20etiologia&se=2-28&sk=&cvid=78B71F82191D459DA89300C85C7C3905#:~:text=Tua%20Sa%C3%BAde-,https%3A//www.tuasaude.com/%20E%80%BA%20es%20E%80%BA%20shock%20hip%C3%A9mico%20causas

Shock Cardiogénico

El choque cardiogénico es la mayor catástrofe del infarto agudo al miocardio y de las cardiopatías en general. Se define como un estado en el cual el gasto cardiaco es ineficiente para perfundir y oxigenar los tejidos, por lo que se manifiesta con signos de hipoperfusión tisular y congestión capilar.

Falla del corazón para bombear eficazmente la sangre.



ETIOLOGÍA

Isquémicas (las más comunes):

- Infarto agudo de miocardio (IAM) extenso, especialmente con compromiso del ventrículo izquierdo.
- Ruptura del músculo papilar o del septo interventricular post-infarto.

No isquémicas:

- Miocardiopatías (dilatada, restrictiva).
- Miocarditis aguda.
- Arritmias graves (taquicardias o bradicardias).
- Insuficiencia valvular aguda (ej. insuficiencia mitral grave).
- Trauma cardíaco (contusión, taponamiento).

CUADRO CLÍNICO

Disnea, estertores pulmonares, hipotensión, taquicardia, cianosis, pulso débil.

Signos hemodinámicos:

- Hipotensión (PAS < 90 mmHg), Taquicardia, Disminución del gasto urinario (oliguria o anuria), Pulso débil y filiforme.

Síntomas respiratorios:

- Disnea, Estertores crepitantes (edema pulmonar), Hipoxemia, Ortopnea.

Otros signos:

- Piel fría, pálida y sudorosa.

TRATAMIENTO

Soporte vital inmediato:

- Asegurar vía aérea y oxigenación (oxígeno suplementario o intubación si hay insuficiencia respiratoria).
- Monitoreo cardíaco y hemodinámico estricto.

Medicamentos:

- Inotrópicos positivos: Dobutamina, milrinona (aumentan la contractilidad).
- Vasopresores: Noradrenalina (si hay hipotensión severa).
- Diuréticos: Furosemida (si hay sobrecarga de volumen).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Valoración y monitoreo:

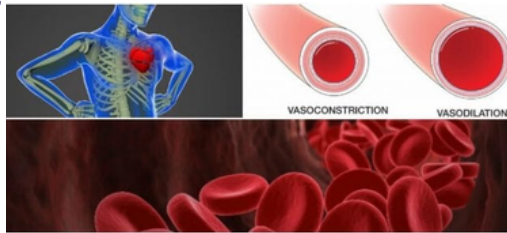
- Control frecuente de signos vitales (cada 5-15 minutos en fase aguda).
- Evaluar frecuencia respiratoria, estado neurológico, perfusión periférica.
- Registro de diuresis horaria (uso de sonda vesical).

Manejo de medicamentos:

- Administrar inotrópicos y vasopresores con bomba de infusión.
- Verificar compatibilidad y monitorear efectos adversos.

Shock Distributivo

El shock distributivo es un tipo de shock caracterizado por una vasodilatación periférica excesiva, lo que lleva a una distribución inadecuada del flujo sanguíneo a los órganos vitales, a pesar de que el volumen sanguíneo puede estar normal o incluso aumentado. El problema principal no es la pérdida de volumen, sino la alteración del tono vascular y la disminución de la resistencia vascular sistémica.



ETIOLOGÍA

- Séptico: Infecciones severas (pulmonar, urinaria, abdominal, etc.) → liberación de citoquinas → vasodilatación.
- Anafiláctico: Alérgenos (medicamentos, alimentos, picaduras) → hipersensibilidad tipo I → histamina.
- Neurogénico: Lesiones medulares (trauma, cirugía), anestesia raquídea o epidural → pérdida del control simpático.

CUADRO CLÍNICO

- Piel caliente y seca (fase temprana del shock séptico), Taquicardia (excepto en shock neurogénico, donde puede haber bradicardia), Confusión, letargo o coma, Disminución del llenado capilar, Oliguria o anuria.

Síntomas específicos según el tipo:

- Séptico: Fiebre, escalofríos, foco infeccioso evidente.
- Anafiláctico: Urticaria, edema facial, broncoespasmo, disnea.
- Neurogénico: Hipotermia, parálisis, pérdida del tono muscular.

TRATAMIENTO

- Shock Séptico:
 - Antibióticos de amplio espectro, Líquidos IV (cristaloides), Vasopresores (noradrenalina), Control del foco infeccioso (drenajes, cirugía).
- Shock Anafiláctico:
 - Adrenalina IM inmediata, Antihistamínicos (difenhidramina), Corticoides (hidrocortisona), Oxigenoterapia, Intubación si hay compromiso de vía aérea.
- Shock Neurogénico:
 - Líquidos IV, Vasopresores (fenilefrina, dopamina), Estabilización espinal, Tratamiento de causa neurológica.

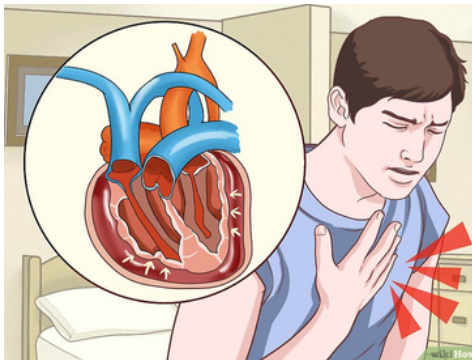
CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Monitoreo constante de signos vitales (PA, FC, FR, SpO₂, diuresis).
- Vigilancia neurológica: Nivel de conciencia, respuesta pupilar, estado mental.
- Administración segura de medicamentos (vasopresores, antibióticos, adrenalina).
- Evaluación de perfusión: llenado capilar, temperatura y color de piel.
- Prevención de complicaciones: úlceras por presión, trombosis, infecciones nosocomiales.

Shock Obstructivo

El shock obstructivo es un tipo de shock caracterizado por una obstrucción física al flujo sanguíneo en el sistema circulatorio, lo que impide un adecuado llenado o vaciamiento del corazón, reduciendo así el gasto cardíaco y causando hipoperfusión tisular. A diferencia del shock cardiogénico, el problema no es una falla del miocardio, sino una interferencia mecánica externa al corazón.

Taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, embolia pulmonar, estenosis aórtica severa..



ETIOLOGÍA

- Taponamiento cardíaco
- Acumulación de líquido en el pericardio que comprime el corazón.
- Neumotórax a tensión
- Aire en el espacio pleural que desplaza estructuras mediastinales.
- Embolia pulmonar masiva
- Obstrucción de las arterias pulmonares por coágulos.
- Estenosis valvular crítica
- Obstrucción del flujo de salida (ej. estenosis aórtica severa).
- Compresión externa de grandes vasos o corazón.

CUADRO CLÍNICO

- Hipotensión severa, Taquicardia, Pulso débil o ausente, Ingurgitación yugular (sobrecarga retrógrada), Disminución del gasto urinario, Piel fría, pálida y húmeda, Disnea y signos de insuficiencia respiratoria (neumotórax, embolia pulmonar).
- Taponamiento cardíaco: Triada de Beck (hipotensión, ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados).
- Neumotórax a tensión: Desviación de la tráquea, hiperresonancia, ausencia de ruidos respiratorios.
- Embolia pulmonar: Disnea súbita, dolor torácico, hemoptisis, cianosis.

TRATAMIENTO

- Taponamiento cardíaco
Pericardiocentesis urgente para evacuar el líquido pericárdico.
- Neumotórax a tensión
Descompresión con aguja y colocación de tubo de toracostomía.
- Embolia pulmonar
Anticoagulación, trombólisis o embolectomía quirúrgica según el caso.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Monitoreo intensivo:
 - Signos vitales cada 5-15 minutos.
 - Saturación de oxígeno, diuresis, conciencia.
 - ECG continuo.
- Preparación para procedimientos:
 - Preparar material para pericardiocentesis, toracocentesis o trombólisis.
 - Asegurar vías venosas de alto calibre.
- Soporte respiratorio:
 - Administrar oxígeno de alto flujo.
 - Preparar para intubación si hay deterioro respiratorio.