

Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>35
Presión del pulso	Normal	Disminuida	Disminuida	Muy disminuida
Diuresis ml/h	<30	20-30	5-15	ausente

Existe otro tipo de shock hipovolemico es el **plasmorrágico**, en quemaduras, cuya reposición de líquidos cristaloides será:

-Fórmula de Parkland: 4 ml/Kg./%SCQ en las primeras 24 h. aplicándose la mitad de esta cantidad en las primeras 8 h.

-Fórmula modificada de Brooke, recomienda la resucitación con 2 ml/Kg./% SCQ en las primeras 24 h.

También se producen shock **cardiogenicos** por contusión miocárdica, embolismo aéreo y más raro por infarto de miocardio asociado. Por ECG pueden manifestar disrritmias o lesión de miocardio. Las enzimas no son diagnosticas. La monitorización de PVC si es diagnostica.

Otro tipo de shock es el **obstruivo** por taponamiento cardiaco y por neumotórax a tensión:

-El taponamiento se manifiesta con taquicardia, ruidos cardiacos apagados, ingurgitación yugular e hipotensión resistente al aporte de volumen.

-El neumotórax a tensión se manifiesta por ausencia de murmullo vesicular, hiperresonancia a la percusión, enfisema subcutáneo palpable y signos de insuficiencia respiratoria, además de hipotensión arterial con ingurgitación yugular.

En cuanto al shock **neurogénico** se caracteriza por hipotensión sin taquicardia, no vasoconstricción periférica (piel caliente) y sin pulso débil. Se suele producir por lesión medular aguda, y lesiones de troncoencéfalo. El TCE aislado no lo produce, salvo en niños pequeño por scalp o céfalo hematoma.

Por último el shock **séptico**, que raramente se manifiesta, aunque debe considerarse en los retrasos de asistencia o en heridas abdominales con contaminación intestinal del peritoneo:

-Sepsis con hipovolemia se manifiesta como el shock hipovolemico con taquicardia, vasoconstricción cutánea, oliguria, descenso de presión arterial sistólica y pulso filiforme.

Se procederá al paso inicial de suero fisiológico en cantidades de 1000-1500 ml y observar constantes y diuresis.

9.3.5 Monitorización del paciente.

9.4 Valoración neurológica

9.4.1 Tamaño y reacción pupilar

9.4.2 Nivel de conciencia. Seguimiento de test de Glasgow completo.

9.5 Desvestir completamente al paciente y colocación de sondas (nasogástrica y uretral).

- Si existe nasorragia, nasoliquorrea o sospecha de fractura de base cráneo poner sonda nasogástrica por la boca.

- Si hay sangre en meato uretral o hematoma escrotal no poner sonda uretral.

Si el paciente continúa estable, se procede a seguir tratando las alteraciones descubiertas, tal como realizar suturas, inmovilizaciones etc. o bien solicitar más pruebas complementarias o bien realizar interconsultas con otros especialistas.

Por último se procederá al efectuar el destino de paciente, bien a sala de observación, ingreso hospitalario o bien alta.

Preview from Notesale.co.uk
Page 16 of 17