



NOMBRE DEL ALUMNO:

DIANA BELEN PEREZ RODRIGUEZ.

NOMBRE DEL PROFESOR:

ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

MATERIA:

PRÁCTICAS PROFESIONALES

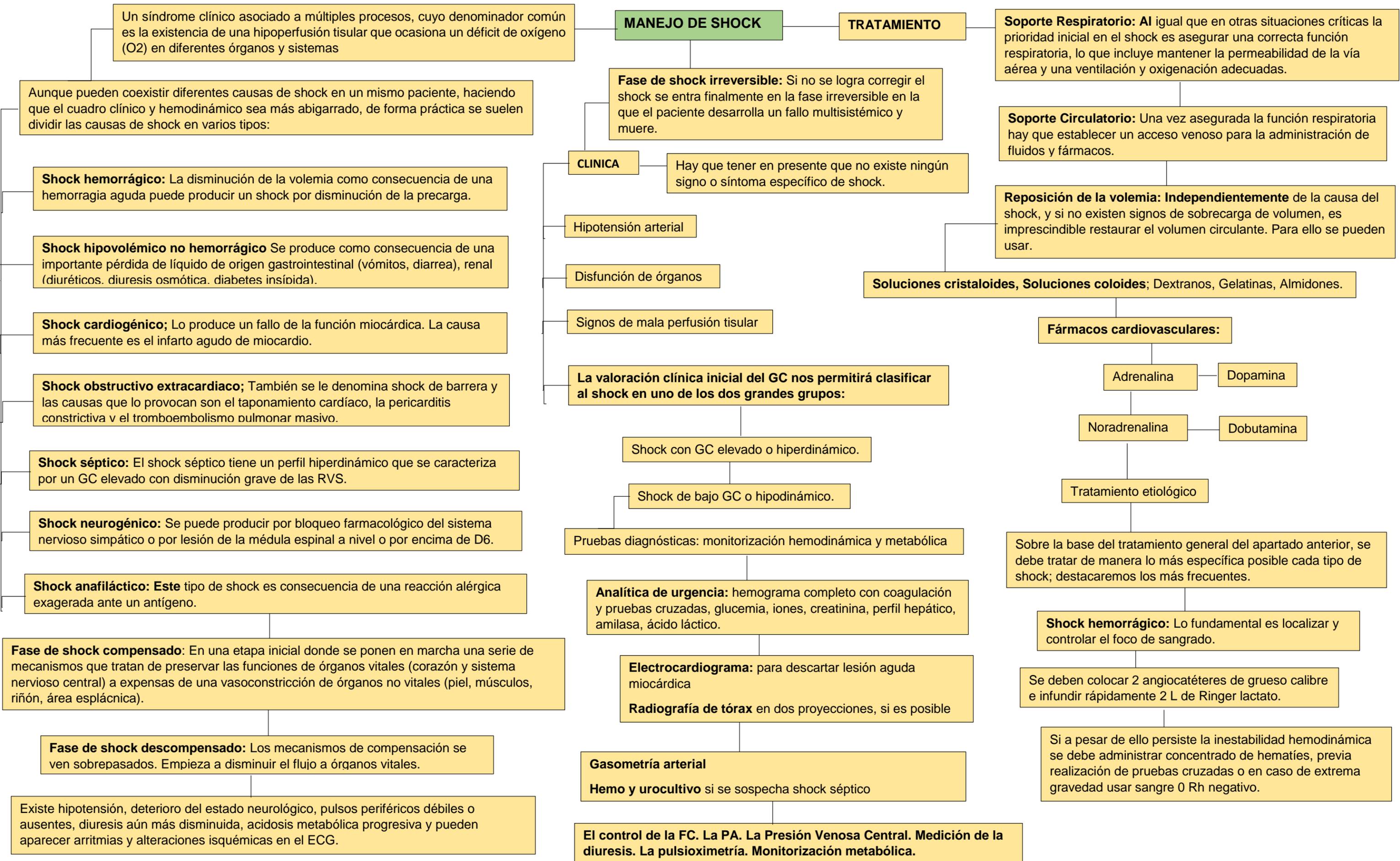
PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DEL TRABAJO:

MAPA CONCEPTUAL DEL TEMA:

“MANEJO DE SHOCK”

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS A 17 DE JUNIO DEL 2020



MANEJO DE SHOCK

TRATAMIENTO

Un síndrome clínico asociado a múltiples procesos, cuyo denominador común es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno (O2) en diferentes órganos y sistemas

Aunque pueden coexistir diferentes causas de shock en un mismo paciente, haciendo que el cuadro clínico y hemodinámico sea más abigarrado, de forma práctica se suelen dividir las causas de shock en varios tipos:

Shock hemorrágico: La disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga.

Shock hipovolémico no hemorrágico Se produce como consecuencia de una importante pérdida de líquido de origen gastrointestinal (vómitos, diarrea), renal (diuréticos. diuresis osmótica. diabetes insípida).

Shock cardiogénico; Lo produce un fallo de la función miocárdica. La causa más frecuente es el infarto agudo de miocardio.

Shock obstructivo extracardiaco; También se le denomina shock de barrera y las causas que lo provocan son el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva v el tromboembolismo pulmonar masivo.

Shock séptico: El shock séptico tiene un perfil hiperdinámico que se caracteriza por un GC elevado con disminución grave de las RVS.

Shock neurogénico: Se puede producir por bloqueo farmacológico del sistema nervioso simpático o por lesión de la médula espinal a nivel o por encima de D6.

Shock anafiláctico: Este tipo de shock es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno.

Fase de shock compensado: En una etapa inicial donde se ponen en marcha una serie de mecanismos que tratan de preservar las funciones de órganos vitales (corazón y sistema nervioso central) a expensas de una vasoconstricción de órganos no vitales (piel, músculos, riñón, área esplácnica).

Fase de shock descompensado: Los mecanismos de compensación se ven sobrepasados. Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales.

Existe hipotensión, deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes, diuresis aún más disminuida, acidosis metabólica progresiva y pueden aparecer arritmias y alteraciones isquémicas en el ECG.

Fase de shock irreversible: Si no se logra corregir el shock se entra finalmente en la fase irreversible en la que el paciente desarrolla un fallo multisistémico y muere.

CLINICA Hay que tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock.

Hipotensión arterial

Disfunción de órganos

Signos de mala perfusión tisular

La valoración clínica inicial del GC nos permitirá clasificar al shock en uno de los dos grandes grupos:

Shock con GC elevado o hiperdinámico.

Shock de bajo GC o hipodinámico.

Pruebas diagnósticas: monitorización hemodinámica y metabólica

Analítica de urgencia: hemograma completo con coagulación y pruebas cruzadas, glucemia, iones, creatinina, perfil hepático, amilasa, ácido láctico.

Electrocardiograma: para descartar lesión aguda miocárdica
Radiografía de tórax en dos proyecciones, si es posible

Gasometría arterial
Hemo y urocultivo si se sospecha shock séptico

El control de la FC. La PA. La Presión Venosa Central. Medición de la diuresis. La pulsioximetría. Monitorización metabólica.

Soporte Respiratorio: Al igual que en otras situaciones críticas la prioridad inicial en el shock es asegurar una correcta función respiratoria, lo que incluye mantener la permeabilidad de la vía aérea y una ventilación y oxigenación adecuadas.

Soporte Circulatorio: Una vez asegurada la función respiratoria hay que establecer un acceso venoso para la administración de fluidos y fármacos.

Reposición de la volemia: Independientemente de la causa del shock, y si no existen signos de sobrecarga de volumen, es imprescindible restaurar el volumen circulante. Para ello se pueden usar.

Soluciones cristaloides, Soluciones coloides; Dextranos, Gelatinas, Almidones.

Fármacos cardiovasculares:

Adrenalina

Dopamina

Noradrenalina

Dobutamina

Tratamiento etiológico

Sobre la base del tratamiento general del apartado anterior, se debe tratar de manera lo más específica posible cada tipo de shock; destacaremos los más frecuentes.

Shock hemorrágico: Lo fundamental es localizar y controlar el foco de sangrado.

Se deben colocar 2 angiocatéteres de grueso calibre e infundir rápidamente 2 L de Ringer lactato.

Si a pesar de ello persiste la inestabilidad hemodinámica se debe administrar concentrado de hemáties, previa realización de pruebas cruzadas o en caso de extrema gravedad usar sangre O Rh negativo.

MANEJO DE SHOCK.

Tratamiento etiológico.

Shock hipovolémico no hemorrágico

La elevación de las extremidades inferiores es una medida general que se debe aplicar inicialmente para aumentar el retorno venoso.

En cuanto a la administración de volumen, se puede comenzar administrando 1 ó 2 L de cristaloides en aproximadamente 10 minutos y valorando con frecuencia la situación clínica.

Continuar con la administración de cristaloides a un ritmo de 1 ó 2 L en 20 minutos hasta que se alcance una PAM mayor de 70 mmHg o aparezcan signos de sobrecarga de volumen.

No se deben emplear fármacos vasoactivos hasta que la volemia esté controlada.

Shock cardiogénico

Limitar el tamaño del infarto ya sea mediante la administración de fibrinolíticos, la angioplastia coronaria o la cirugía de revascularización.

En cuanto a la reposición de volumen, hay que hacerla con gran precaución y con vigilancia continua de la respuesta clínica.

Si aparecen signos de sobrecarga de volumen se deben usar fármacos inotrópicos como la dobutamina a dosis de 5 mcg/Kg/min.

Si apareciera hipotensión grave se puede usar dopamina a dosis crecientes hasta llegar a los 20 mcg/Kg/min.

Shock séptico

La hipovolemia se debe corregir con suero salino o Ringer lactato, que son de elección. Se puede empezar con 500cc y repetir a los 15 min, valorando siempre la respuesta clínica.

Si no mejora tras 2 ó 3 L o aparecen signos de sobrecarga se usa dopamina a dosis de 5-10 mcg/Kg/min. Si no se consigue un aumento la PAM hasta los 70 mmHg se empleará noradrenalina o dobutamina.

Además es fundamental el uso precoz de terapia antimicrobiana y el drenaje del foco infeccioso. El uso de corticoides está contraindicado. A pesar de estas medidas la mortalidad del shock séptico sigue siendo muy elevada.

Shock anafiláctico

Se debe suspender de inmediato la administración de cualquier fármaco sospechoso o la transfusión, si se está realizando.

La adrenalina es el medicamento de elección en la fase inicial de este tipo de shock (0,4 ml subcutáneo repitiendo si no hay mejoría en 20 minutos hasta 3 veces o en infusión venosa a dosis de 1-10 µg/min).

Los corticoides (250 mg de metilprednisolona en bolo y luego 40 mg IV cada 8 horas) también deben usarse, siendo su acción fundamental la de prevenir nuevos episodios.