Nombre del alumno:

Miguel Ángel Hernández López

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Licenciatura En Enfermería

Materia:

Prácticas Profesionales

Nombre del trabajo:

Mapa Conceptual:

"Manejo Del Paciente En Situación De Shock"

Frontera Comalapa, Chiapas a 18 de junio del 2020

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACIÓN DE SHOCK

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.

TIPOS DE SHOCK

Shock hemorrágico

Como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga

Shock hipovolémico no hemorrágico

Pérdida de líquido de origen gastrointestinal, renal, fiebre elevada, falta de aporte hídrico y extravacion de líquido

Shock cardiogenico

Fallo de la función miocárdica Causa más frecuente es el infarto agudo de miocardio

Shock obstructivo extra cardiaco

Shock de barrera y las causas que lo provocan son el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva y el trombo embolismo pulmonar masivo

Shock séptico

Se caracteriza por un GC elevado con disminución grave de las RVS.

Shock anafiláctico

Es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno

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

Fisiopatología: fases del shock

Fase precoz implica reversibilidad y por lo tanto disminución de la morbimortalidad

3 estadios evolutivos de shock

Fase de shock compensado

Etapa inicial donde se ponen en marcha una serie de mecanismos que tratan de preservar las funciones de órganos vitales

Fase de shock descompensado

Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales

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 multi sistémico y muere.

CLINICA

Tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock

Cualquier caso el diagnostico sindrómico de sospecha

- hipotensión arterial
- disfunción de órganos
- signos de mala perfusión tisular

De acuerdo al GC lo podemos clasificar en 2 grupos

- shock con GC elevado o hiperdinámico
- shock de bajo GC o hipodinámico

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- analítica de urgencia
- electro cardiograma
- radiografía de tórax
- gasometría arterial
- hemo y urocultivo

Se debe realizar la monitorización hemodinámica y metabólica del paciente mediante

- control de la FC
- la PA
- presión venosa central

TRATAMIENTO

Iniciar un tratamiento empírico

- soporte respiratorio
- soporte circulatorio
- reposición de volemia

Si no existen signos de sobrecarga de volumen, es imprescindible restaurar el volumen circulante

Para ello se pueden usar

- soluciones cristaloides
- soluciones coloides
- fármacos cardiovasculares
- adrenalina
- noradrenalina
- dobutamina

TRATAMIENTO ETIOLOGICO

Se debe tratar de manera lo más específica posible cada tipo de shock

Rescataremos lo más frecuente

Shock hemorrágico

Localizar y controlar el foco de sangrado. Se deben colocar 2 angiocatéteres de grueso calibre e infundir rápidamente 2 L de Ringer lactato

Shock hipovolémico no hemorrágico

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.

Shock cardiogénico

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

Shock séptico

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.

Shock anafiláctico

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