

Nombre del alumno:

ALDRICH FRANCISCO GALVEZ ROBLERO.

Nombre del profesor:

ERVIN SILVESTRE CASTILLO

Licenciatura:

ENFERMERIA.

Materia:

PACTICAS PROFESIONALES.

Nombre del trabajo:

MAPA CONCEPTUAL

“MANEJO DE SHOCK”

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACIONES DE SHOCK



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

Tipos de shock

SHOCK HEMORRÁGICO

La disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga. La gravedad del cuadro dependerá de la cantidad de sangre perdida y de la rapidez con que se produzca.

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), fiebre elevada (hiperventilación y sudoración excesiva) El perfil hemodinámico es prácticamente igual al del shock hemorrágico.

SHOCK CARDIOGÉNICO

Hemodinámicamente el shock cardiogénico cursa con un GC bajo, una presión venosa central (PVC) alta, una presión de oclusión de arteria pulmonar (POAP) alta y las RVS elevadas.

SHOCK ANAFILÁCTICO

Es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno.

SHOCK SÉPTICO

se caracteriza por un GC elevado con disminución grave de las RVS. La mayoría de los pacientes con shock séptico mantienen un índice cardiaco normal o elevado, hasta fases avanzadas. El fallo que ocurre en la microcirculación da lugar a la aparición dentro de un mismo tejido de zonas hiperperfundidas con otras hipoperfundidas en las que se produce hipoxia celular y acidosis láctica.

SHOCK OBSTRUCTIVO EXTRACARDIACO

se le denomina shock de barrera y las causas que lo provocan son el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva y el trombo embolismo pulmonar masivo.

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

FASES DEL SHOCK

Fase de shock compensado: Es 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: Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales. Clínicamente 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.

- ❖ El control de la FC: debe hacerse mediante monitorización electrocardiográfica continua, lo que facilitará además la detección de arritmias.
- ❖ La PA: debe ser monitorizada de forma invasiva con un catéter arterial, ya que los métodos manuales son menos fiables en los pacientes con inestabilidad hemodinámica y vasoconstricción periférica.
- ❖ La Presión Venosa Central: se mide con un catéter situado en vena cava superior y permite una valoración aproximada del estado de volemia eficaz.
- ❖ Medición de la diuresis: colocación de un sonda de Foley es esencial en el manejo de los pacientes con shock para medición de la diuresis horaria.
- ❖ La pulsioximetría es un método útil para la monitorización de la saturación arterial de O₂ (SaO₂).

- 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 Otras exploraciones (TAC, ECO, gammagrafía pulmonar....) en función de la sospecha etiológica.

- CLINICA**
- En cualquier caso el diagnostico sindrómico de sospecha se basa en la existencia de:
1. Hipotensión arterial: Presión arterial media (PAM)< 60mmHg o presión arterial sistólica (TAS)< 90 mmHg o un descenso > 40 mmHg de sus cifras habituales.
 2. . Disfunción de órganos: oliguria, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria...
 3. Signos de mala perfusión tisular: frialdad, livideces cutáneas, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica....



TRATAMIENTO

Por ser el shock un proceso crítico que amenaza la vida del paciente, la actuación terapéutica debe ser inmediata, lo que supone en la mayoría de las ocasiones iniciar un tratamiento empírico.



Soporte Respiratorio

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. Normalmente se usa la administración de O₂ mediante mascarilla tipo ventimask con FiO₂ del 40% o gafas nasales.

SE DIVIDE EN DOSTIPOS

SOPORTE CIRCULATORIO

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