



**Nombre del alumno: ITALIA YOANA ESTEBAN
MENDOZA.**

Nombre del profesor: LIC. ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

Licenciatura: ENFERMERIA, ESCOLARIZADO.

Materia: ENFERMERIA CLINICA I.

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo: CUADRO SINOPTICO.

**Tema: MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK
“Ciencia y Conocimiento”**

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK

¿Qué es?

El shock 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, Este déficit de O₂ conlleva un metabolismo celular anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica.

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. Al menos se requiere una pérdida del 30% del volumen intravascular para provocarlo.
- ✓ **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), falta de aporte hídrico y extravasación de líquido al tercer espacio (quemaduras, peritonitis, ascitis, edema traumático).
- ✓ **Shock cardiogénico:** Lo produce un fallo de la función miocárdica. La causa más frecuente es el infarto agudo de miocardio, siendo necesario al menos la necrosis el 40%-50% de la masa ventricular izquierda para provocarlo y la mortalidad suele ser superior al 80%.
- ✓ **Shock obstructivo extracardiaco:** También se le denomina shock de barrera y las causas que lo provocan son el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva y el tromboembolismo pulmonar masivo.
- ✓ **Shock séptico:** Se caracteriza por un GC elevado con disminución grave de las RVS. Su origen es una vasodilatación marcada a nivel de la macro y la microcirculación y es consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a los microorganismos y sus toxinas.
- ✓ **Shock anafiláctico:** Este tipo de shock 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.

Fases del shock:

- ✓ **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. 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.

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK

Clínica:

Hay que tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock. En cualquier caso el diagnostico sindrómico de sospecha se basa en la existencia de: 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

Además de la anamnesis y la exploración física donde es fundamental determinar la frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura cutánea y presión arterial, existen una serie de pruebas complementarias de obligada realización: **Analítica de urgencia, electrocardiograma, radiografía de tórax, gasometría arterial, hemo y urocultivo.**

Con el diagnóstico de presunción de shock se debe realizar la monitorización hemodinámica y metabólica del paciente mediante: **El control de la FC, la PA, la Presión Venosa Central, medición de la diuresis, la pulsioximetría, monitorización 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
- ✓ Soporte Circulatorio
- ✓ 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, Fármacos cardiovasculares: Adrenalina, noradrenalina, dopamina, 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; los más frecuentes son:

- ✓ Shock hemorrágico.
- ✓ Shock hipovolémico no hemorrágico
- ✓ Shock cardiogénico
- ✓ Shock séptico
- ✓ Shock anafiláctico