



Nombre del alumno:

Polet Berenice Recinos Gordillo

Nombre del profesor:

Lic. Ervin silvestre castillo.

Licenciatura:

Licenciatura en Enfermería 3er cuatrimestre

Materia:

Enfermería clínica.

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema: **"MANEJO DEL PACIENTE EN
SITUACION DE SHOCK"**

“Ciencia y Conocimiento”

4/diciembre/2020

Frontera Comalapa, Chiapas .

MANEJO DEL PACIENTE EN
SITUACION DE SHOCK

shock

Tipos de shock

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.

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 extra cardíaco: 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. Fisiopatológicamente se puede considerar similar al shock cardiogénico.

Shock séptico: El shock séptico tiene un perfil hiperdinámico que 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.

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK

Tipos

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. El mecanismo fisiopatológico es la pérdida del tono vascular con gran vasodilatación y descenso de la precarga por disminución del retorno venoso, así como bradicardia.

Fases

Fisiopatología: fases del shock

El reconocimiento del shock en una fase precoz implica reversibilidad y por lo tanto disminución de la morbimortalidad; se distinguen 3 estadios evolutivos de 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.

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.

Shock

Clínica

Hay que tener en presente que no existe ningún signo o síntoma específico de shock. Por ejemplo, no debe excluirse el diagnóstico porque el paciente esté alerta y con un lenguaje coherente ni porque un determinado signo como taquicardia o hipotensión no esté presente (ésta no siempre se asocia a shock ni por el contrario el shock se asocia siempre a hipotensión). En cualquier caso el diagnóstico sintromico 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.

Otros

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

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..

"SHOCK "

Otros conceptos

Soluciones cristaloides

Se emplean habitualmente las soluciones salina fisiológica (ClNa 0,9%) y el Ringer Lactato. Son soluciones baratas, pero con algún efecto secundario, ya que rápidamente difunden al espacio extravascular

Soluciones coloides

Su ventaja es que expanden la volemia con un menor aporte.

Fármacos cardiovasculares:

Son los fármacos más empleados en la actualidad en el tratamiento del shock. Se dividen en dos grupos: fármacos que actúan sobre el inotropismo cardiaco y fármacos que actúan sobre las resistencias vasculares.

Tratamiento etiológico

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

SHOCK HEMORRAGICO

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

Sospecha clínica de Shock

Hipotensión arterial, Disfunción de órganos
Mala perfusión tisular

Tratamiento inicial:

Soporte respiratorio, Reposición de volemia, Farmacos vasoactivos.