

Nombre del alumno:

Yazmin Ku Robledo

Nombre del profesor:

Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

En Enfermería

Materia:

Enfermería clínica

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico

Ensayo del tema:

“Manejo del paciente en situaciones 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 hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno (O2) en diferentes órganos y sistemas

Tipos de Shock

- Shock hemorrágico
- Shock hipovolémico no hemorrágico
- Shock cardiogénico
- Shock obstructivo extracardiaco
- Shock séptico
- Shock anafiláctico
- Shock neurogénico

Es la disminución de la volemia como consecuencia de una hemorragia aguda puede producir un shock por disminución de la precarga

Se produce como consecuencia de una importante pérdida de líquido de origen gastrointestinal (vómitos, diarrea), renal (diuréticos, diuresis osmótica, diabetes insípida), fiebre elevada entre otros.

Lo produce un fallo de la función miocárdica

Las causas que lo provocan son el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva y el tromboembolismo pulmonar masivo

Tiene un perfil hiperdinámico que se caracteriza por un GC elevado con disminución grave de las RVS

Es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno

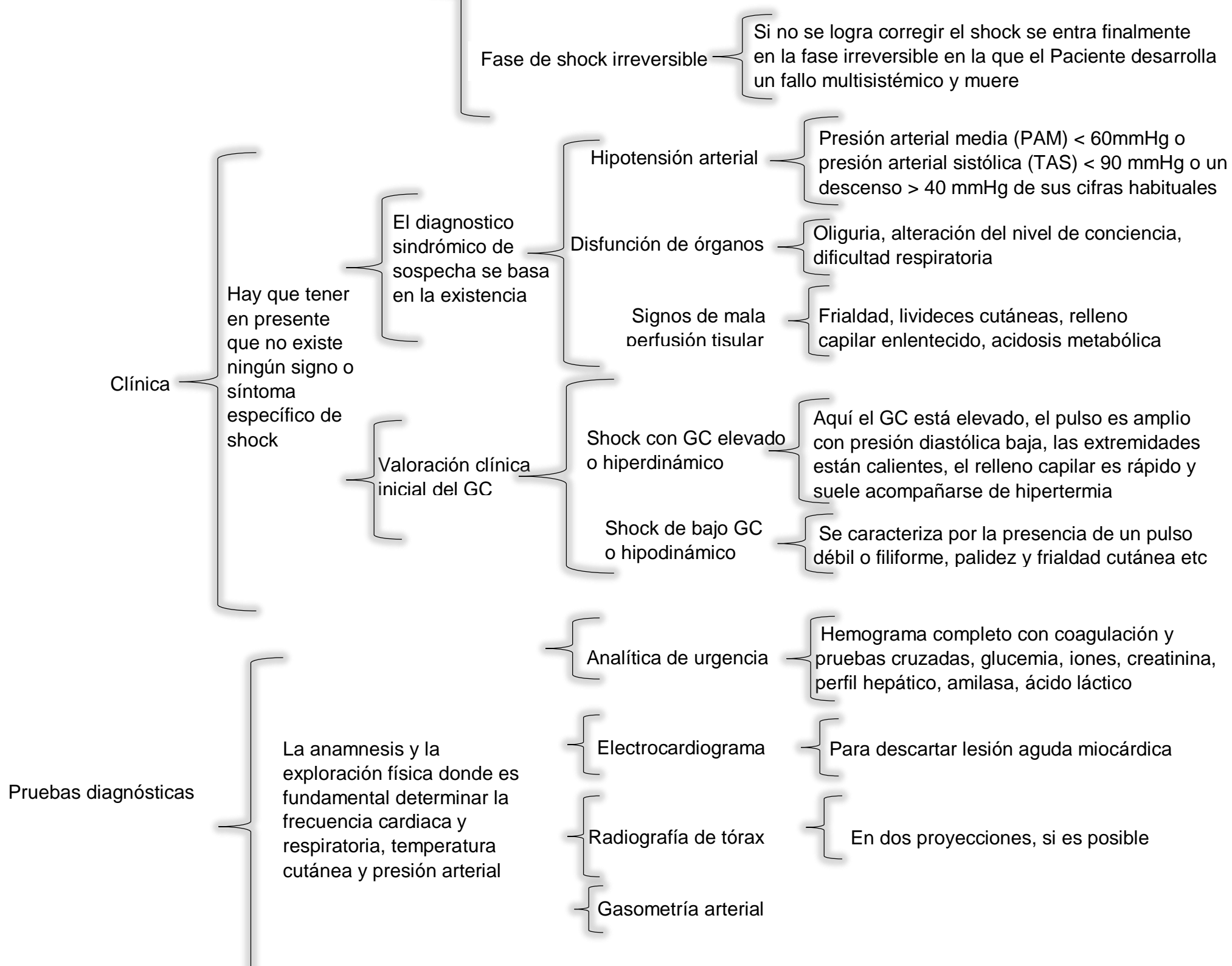
Se puede producir por bloqueo farmacológico del sistema nervioso simpático o por lesión de la médula espinal a nivel o por encima de D6

Fases del shock

- Fase de shock compensado
- Fase de shock descompensado

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)

Los mecanismos de compensación se ven sobrepasados, empieza a disminuir el flujo a órganos vitales



Diagnóstico de presunción de shock

Hemo y urocultivo

Si se sospecha shock séptico

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 Centra

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 una 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)

Monitorización metabólica

Medir la perfusión tisular inadecuada resulta complicado

Soporte Respiratorio

Es asegurar una correcta función respiratoria, lo que incluye mantener la permeabilidad de la vía aérea y una ventilación y oxigenación adecuadas

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

Reposición de la volemia

Soporte Circulatorio

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

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

Soluciones cristaloides

Emplean habitualmente las soluciones salina fisiológica (ClNa 0,9%) y el Ringer Lactato

Dextrano

Son polisacáridos de alto peso molecular (PM), formados por polímeros de glucosa

Soluciones coloides

Gelatinas

Son compuestos obtenidos de la hidrólisis del colágeno bovino

Almidone

Son derivados sintéticos de la amilopectina

Adrenalina

Es una catecolamina endógena que actúa sobre los receptores adrenérgicos alfa-1 y alfa-2 y beta-1 y beta-2

Noradrenalina

Al igual que la adrenalina tiene efecto beta-1 a dosis bajas, pero a las dosis empleadas habitualmente tiene un potente efecto alfa-1

Fármacos cardiovasculares

Dopamina

Es un precursor de la noradrenalina, también tiene acción mixta y dosis dependiente

Dobutamina

Es una catecolamina sintética que actúa sobre los receptores beta-1 y beta-2

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 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

Shock hipovolémico no hemorrágico

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

Shock cardiogénico

La causa más frecuente de este tipo de shock es el IAM. Por lo tanto el objetivo fundamental será limitar el tamaño del infarto ya sea mediante la administración de fibrinolíticos, la angioplastia coronaria o la cirugía de revascularización

Shock séptico

La hipovolemia se debe corregir con suero salino o Ringer lactato, que son de elección

Shock anafiláctico

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