

**NOMBRE DEL ALUMNO: Cecilia Jhaile
Velázquez Vázquez**

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo

**LICENCIATURA: Enfermería
MATERIA: Enfermería Clínica**

**CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 4to Cuatrimestre.
Escolarizado**

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:
“Manejo del paciente en situación de shock”**

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK

Definición

Síndrome clínico asociado a múltiples procesos, provoca hipoxia (O₂) en diferentes órganos y sistemas. La falta de oxígeno aumenta la producción de ácido láctico y acidosis metabólica. Si esta condición se prolonga con el tiempo, el almacenamiento de energía de la célula se agotará y la función de la célula cambiará, lo que provocará la pérdida de integridad y solubilidad y, en última instancia, la degeneración de múltiples órganos, lo que dañará el órgano. La vida del paciente.

Tipos

➤ Shock hemorrágico

Es la disminución del volumen sanguíneo provocada por una hemorragia aguda (se requiere al menos un 30% de pérdida de volumen intravascular para causar esta condición). La gravedad de esta afección dependerá de la cantidad de sangre perdida y de la rapidez con que se presente. El resultado es un gasto cardíaco (GC) bajo y una mayor resistencia.

➤ Shock hipovolémico no hemorrágico

Ocurre debido a una gran pérdida de líquidos gastrointestinales (vómitos, diarrea), riñones (diuréticos, diuréticos osmóticos, diabetes insípida), fiebre alta (ventilación excesiva y sudoración excesiva), suministro de agua insuficiente y pérdida de líquido a Causado por el tercer espacio (quemaduras, peritonitis, ascitis, edema traumático).

➤ Shock cardiogénico

Se produce por un fallo de la función miocárdica, la causa más frecuente es el infarto agudo de miocardio. Es necesaria la necrosis el 40%-50% de la masa ventricular izquierda para poder provocarlo y la mortalidad es superior al 80%.

➤ Shock obstructivo extracardiaco

También llamado shock de barrera, causado por el taponamiento cardíaco, la pericarditis constrictiva y el tromboembolismo pulmonar masivo, Fisiopatológicamente es similar al shock cardiogenico.

➤ Shock séptico

Esta grave afección ocurre cuando una infección de todo el cuerpo provoca una presión arterial peligrosamente baja. La mayoría de los pacientes con choque séptico mantendrán un índice cardíaco normal o elevado hasta tarde. El fallo que se produce en la microcirculación puede dar lugar a la misma zona de hiperperfusión en el mismo tejido que otras zonas de hipoperfusión, en las que puede producirse hipoxia celular y acidosis láctica.

➤ Shock anafiláctico

Esta es una reacción alérgica grave de todo el cuerpo producido por químicos que se han convertido en alérgeno (sustancia que puede ocasionar una reacción alérgica), La exposición al antígeno induce a los basófilos y mastocitos mediados por Ig E a producir una respuesta, liberando así sustancias vasoactivas, como histamina, prostaglandina, factor activador de plaquetas. Estos medios liberados cambian la permeabilidad capilar a nivel sistémico y pulmonar, formando edema intersticial y pulmonar. También hay vasodilatación general que provoca una disminución de la presión arterial y vasoconstricción coronaria que provoca isquemia miocárdica.

➤ Shock neurogénico

Puede producirse por bloqueo farmacológico del sistema nervioso simpático o lesión de la médula espinal en D6 o superior. El mecanismo fisiopatológico se debe a la pérdida de tensión vascular por vasodilatación, el aumento de la vasodilatación y la disminución de la precarga.

Fase de shock compensado

En la etapa inicial, se utilizarán una serie de mecanismos para tratar de mantener la función de órganos importantes (corazón y sistema nervioso central), pero a costa de la vasoconstricción de órganos sin importancia (piel, músculos, riñones, órganos internos). También trate de mantener el CO aumentando la frecuencia cardíaca y la contractilidad. El volumen intravascular efectivo se mantiene cerrando los capilares frontales, promoviendo así el flujo de líquido desde el espacio intersticial hacia el espacio intravascular. Desde un punto de vista clínico, el proceso de la vena dorsal desaparece gradualmente. Manos y pies, piel pálida y seca, mucosas secas, debilidad muscular y oliguria.

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK

Fases

El reconocimiento temprano del shock significa reversibilidad, por lo que se reduce la morbilidad y la mortalidad, se distinguen las tres etapas evolutivas del shock.

Fase de shock descompensado

El mecanismo de compensación se pasa por alto. El flujo a los órganos vitales comenzó a disminuir. Clínicamente, hay hipotensión, deterioro del sistema nervioso, pulso débil. El entorno circundante es débil o inexistente, la diuresis se reduce aún más, la acidosis metabólica progresiva y pueden aparecer arritmias e isquemia anormal en el ECG.

Fase de shock irreversible

Si el impacto no se puede eliminar, eventualmente entrará en la fase irreversible, donde el paciente desarrolló múltiples fallas en el sistema y murió.

Fisiopatología

Recuerde, no hay signos o síntomas específicos de shock. Por ejemplo, no se debe descartar el diagnóstico porque el paciente esté alerta, hablando con coherencia, o porque no se presenten signos como taquicardia o hipotensión (esto no siempre se asocia con shock, por el contrario, el shock siempre se asocia con shock. Hipotensión). En cualquier caso, el diagnóstico de síntomas sospechosos se basa en las siguientes condiciones:

Hipotensión arterial

Presión arterial media (PAM) < 60 mmHg o presión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg o un descenso > 40 mmHg de sus cifras habituales. Se debe usar la PAM ya que permite una valoración menos sujeta a errores que la PAS.

Disfunción de órganos

Oliguria, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria

Signos de mala perfusión tisular

frialdad, livideces cutáneas, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica.

Pruebas diagnósticas:
monitorización hemodinámica y metabólica

Además del recuerdo y el examen físico, asegúrese de conocer la frecuencia cardíaca y respiratoria, la temperatura de la piel y la presión arterial. Se puede ver que se deben realizar una serie de pruebas complementarias

- ✓ 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. Con el diagnóstico de presunción de shock se debe realizar la monitorización hemodinámica y metabólica del paciente mediante:
 - ✓ 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. Por otra parte para la evaluación y toma de decisiones terapéuticas debe utilizarse la PAM como valor de referencia, pues a diferencia de la PAS, es la misma en todo el árbol arterial

Signos de mala perfusión tisular

- shock con GC elevado o hiperdinámico

Aquí el GC está elevado, el pulso es amplio con presión diastólica baja, las extremidades están calientes, el relleno capilar es rápido y suele acompañarse de hipertermia (habitualmente en relación con un proceso infeccioso)

- shock de bajo GC o hipodinámico

Se caracteriza por la presencia de un pulso débil o filiforme, palidez y frialdad cutánea, cianosis distal, relleno capilar lento e hipotermia.

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACION DE SHOCK

Tratamiento

✚ Soporte Respiratorio

Al igual que con otras emergencias, la primera tarea del choque es garantizar una función respiratoria adecuada, incluido el mantenimiento de las vías respiratorias abiertas, la ventilación y la oxigenación adecuadas. La administración de O₂ se suele realizar a través de una máscara respiratoria o lente nasal con FiO₂ al 40%. Insuficiencia respiratoria grave (PaO₂ <60 mmHg, con o sin hipercapnia, falta de aire grave, aumento del trabajo respiratorio y / o cambios en el nivel respiratorio), se debe utilizar intubación endotraqueal. Conciencia (Glasgow <8).

✚ Soporte Circulatorio

Después de asegurar la función respiratoria, se debe establecer el acceso venoso Manejo de líquidos y medicamentos. Catéter vascular pesado (14G o 16G) Colocado en la vena periférica es más adecuado para cambios rápidos de volumen. Si se usa un vasoconstrictor, siempre se debe usar la línea central.

✚ 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

Normalmente, se utilizan solución salina fisiológica (0,9% NaCl) y solución de Ringer. Los lactatos son soluciones baratas, pero debido a que pueden producir rápidamente efectos secundarios se extienden al espacio extravascular y, por lo tanto, requieren una gran cantidad para lograr un volumen sanguíneo suficiente. Recientemente se ha utilizado solución salina hipertónica (7,5%) tratamiento del shock hipovolémico, mejora de los parámetros hemodinámicos, El volumen requerido es mucho menor; sin embargo, ningún estudio ha demostrado el suero salino hipertónico puede reducir la mortalidad, y su uso no está exento de complicaciones, actualmente no se recomienda.

Soluciones coloides

Su ventaja es que han ampliado el volumen de transacciones con una menor contribución. Coloide natural. La excelencia es la albúmina. Sin embargo, las soluciones coloidales más utilizadas son las sintéticas: dextrano: son polisacáridos de alto peso molecular (PM) formados a partir de polímeros de glucosa. Se venden en dos formas: Dextran 70 y Dextran 40. La principal desventaja del dextrano es su capacidad antigénica, por lo que pueden provocar reacciones alérgicas graves. Gelatina: Son compuestos obtenidos de la hidrólisis del colágeno bovino, su expansión de volumen es del 80-100% del volumen inyectado. Almidón: Son derivados sintéticos de la amilopectina. Es un muy buen agente de expansión, puede producir una expansión de volumen del 150% del volumen inyectado.

Soluciones cardiovasculares

En la actualidad, son los fármacos más utilizados para el tratamiento del shock. Lo sé
Divididos en dos grupos:
medicamentos que actúan sobre el músculo cardíaco y
Actúan sobre la resistencia vascular. Sin embargo, dependiendo de la dosis utilizada, la mayoría de ellos tienen dos efectos, y todos se administran en forma de infusión continua.