



**Nombre del alumno:**

Nancy Esmeralda Ventura Jiménez

**Nombre del docente:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura:**

Enfermería

**Materia:**

Práctica clínica de enfermería II

**Nombre del trabajo:**

Mapa conceptual sobre “Manejo del paciente en shock”

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS A 11 DE NOVIEMBRE DEL 2020

# MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK



## DEFINICIÓN

Síndrome clínico asociado a múltiples procesos ocurre hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno en varios órganos y sistemas

Este déficit de O<sub>2</sub> conlleva un metabolismo celular anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica.

## TIPOS DE SHOCK

### SHOCK HEMORRÁGICO

Consecuencia de una hemorragia aguda se requiere una pérdida del 30% del volumen intravascular para provocarlo

### SHOCK HIPOVOLÉMICO

Se produce como consecuencia de una importante pérdida de líquido de origen gastrointestinal

Fiebre elevada, falta de aporte hídrico y extravasación de líquido al tercer espacio

### SHOCK CARDIOGÉNICO

Produce un fallo de la función miocárdica cursa con un GC bajo, una presión venosa central alta

### SHOCK OBSTRUCTIVO EXTRACARDIACO

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

### SHOCK ANAFILÁCTICO

Es consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno, se produce contracción de la musculatura lisa

### 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.

### SHOCK SÉPTICO

Se caracteriza por un GC elevado con disminución grave de las RVS

# MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK

## FISIOPATOLOGÍA: FASES DEL SHOCK

### 1-FASE DEL SHOCK COMPENSADO

Se ponen en marcha una serie de mecanismos preservar las funciones de órganos vitales hay desaparición de frialdad y palidez cutánea y sequedad de mucosas, debilidad muscular y oliguria

### 2-FASE DE SHOCK DESCOMPENSADO

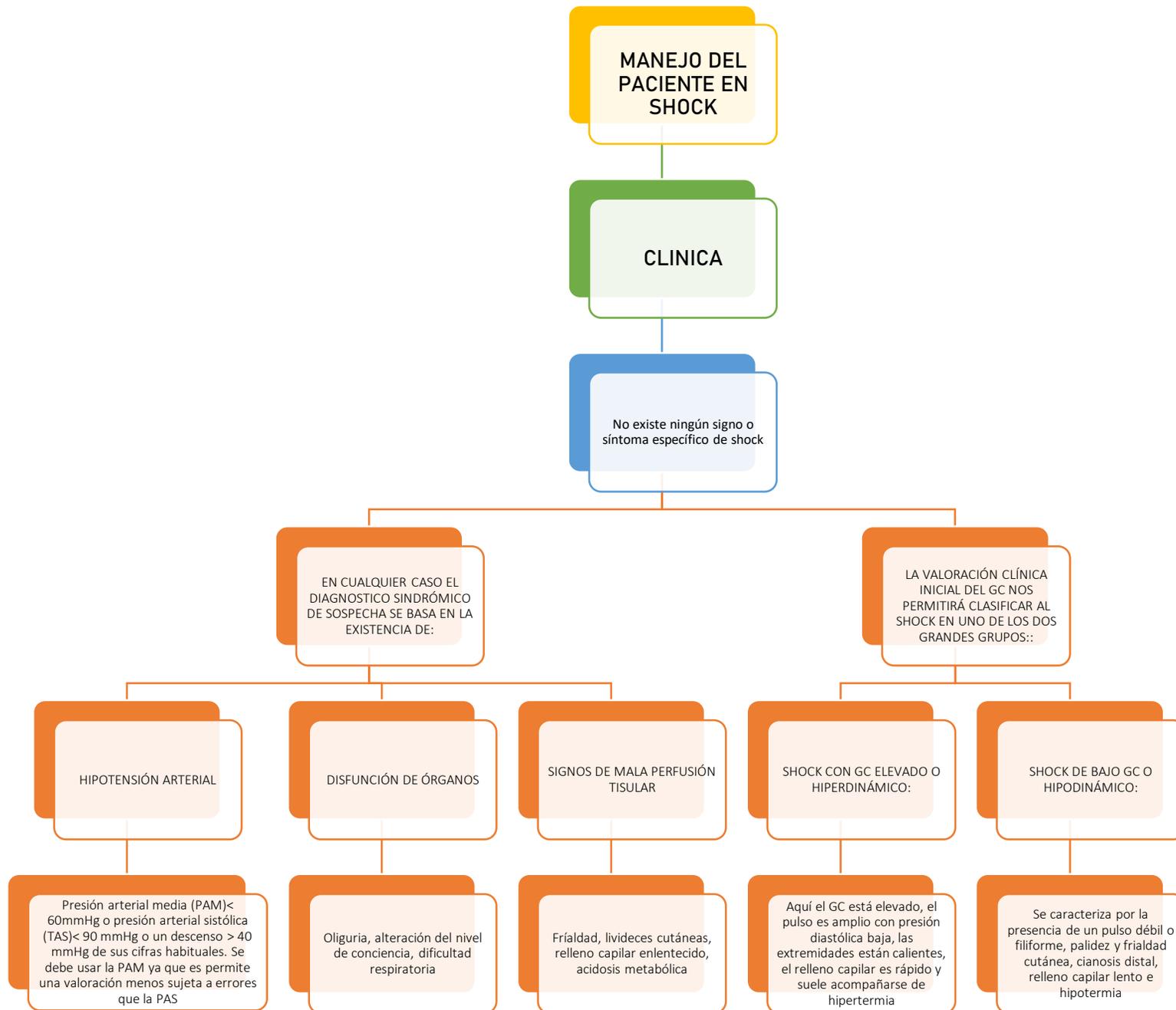
Los mecanismos de compensación se ven sobrepasados. Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales.

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.

### 3- FASE DE SHOCK IRREVERSIBLE

Si no se corrige el shock ocurre fallo multisistémico y hay muerte



# MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK

## 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:

Con el diagnóstico de presunción de shock se debe realizar la monitorización hemodinámica y metabólica del paciente mediante:

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

El control de la FC

La PA

La Presión Venosa Central

Medición de la diuresis

La pulsioximetría

Monitorización metabólica

# MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK

## TRATAMIENTO

Por ser el shock un proceso crítico que amenaza la vida del paciente, la actuación terapéutica debe ser inmediata

### SOPORTE RESPIRATORIO

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.

### SOPORTE CIRCULATORIO

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

Los angiocatéteres de grueso calibre (14G ó 16G) colocados en una vena periférica son más adecuados para una rápida reposición de la volemia. Si se administran fármacos vasoconstrictores es preciso utilizar siempre una vía 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

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

Dextranos

#### SOLUCIONES COLOIDES

Su ventaja es que expanden la volemia con un menor aporte. El coloide natural por excelencia es la albúmina

Gelatina

Almidones

#### FÁRMACOS CARDIOVASCULARES

Son los fármacos más empleados en la actualidad en el tratamiento del shock

fármacos que actúan sobre el inotropismo cardiaco

fármacos que actúan sobre las resistencias vasculares.

-ADRENALINA,  
-NRADRENALINA,  
-DOPAMINA,  
-DOBUTAMINA

# MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK

## PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON DIFERENTES PUNCIÓNES.

