

Ensayo de los estados grave y crítico de coma y shock

Prácticas Profesionales
Javier Gómez Galera

PRESENTA EL ALUMNO:

Rafael Alejandro
Velazco Bermúdez

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

9no Cuatrimestre "A" Enfermería Escolarizado

Pichucalco, Chiapas

09 de junio del 2021

El shock es un estado de hipoperfusión de los órganos que produce disfunción y muerte celular. Los mecanismos pueden incluir una disminución del volumen circulante, disminución del gasto cardíaco y vasodilatación, a veces con derivación de la sangre que saltea los lechos de intercambio capilar. Los síntomas incluyen alteraciones del estado mental, taquicardia, hipotensión y oliguria. El diagnóstico es clínico, incluyendo medición de la presión arterial y en ocasiones marcadores de hipoperfusión tisular (p. ej., el lactato sanguíneo, déficit de bases). El tratamiento consiste en la reanimación con líquidos, incluyendo hemoderivados si es necesario, corrección de la enfermedad subyacente, y a veces vasopresores.

El coma es un estado de pérdida del conocimiento prolongada que puede ser causada por diferentes problemas: lesión traumática en la cabeza, accidente cerebrovascular, tumor cerebral, intoxicación por droga o alcohol, o incluso una enfermedad subyacente, como diabetes o una infección.

Existen varios mecanismos de hipoperfusión orgánica y shock. El shock puede deberse a

- Un volumen circulante bajo (shock hipovolémico)
- Vasodilatación (shock distributivo)
- Descenso primario del gasto cardíaco (tanto shock cardiogénico como obstructivo)
- Una combinación

Así como también existen varios tipos de coma; por ejemplo:

- Síndrome del cautiverio o locked-in: causado generalmente por lesiones en la protuberancia. El paciente mantiene el estado de consciencia, pero presenta alteración de los pares craneales y/o tetraplejía.

- Coma psicógeno: se confunde en ocasiones con el coma orgánico. Puede aparecer en pacientes psiquiátricos graves (catatonía o personalidad histérica). Conservan los reflejos, responden al dolor y mantienen resistencia pasiva a la movilización.
- Mutismo acinético: asociada a lesiones frontales. Mantiene un estado de reposo sin relacionarse con el medio pero conservando la respuesta al dolor con apertura espontánea de ojos.
- Estado vegetativo persistente: se debe a lesiones cerebrales graves y extensas y puede aparecer en estados avanzados de enfermedades degenerativas. Mantiene un estado de vigilia con alteración de todas las funciones cognitivas manteniendo algunos movimientos espontáneos o de retirada ante estímulos dolorosos.
- Muerte cerebral: consiste en la pérdida irreversible de todas las funciones cerebrales.

Hablaremos primero que nada de los tipos de shock que ya habíamos mencionado antes en la parte de arriba.

Shock hipovolémico

El shock hipovolémico se debe a una disminución crítica del volumen intravascular. La disminución del retorno venoso produce una reducción del llenado ventricular y del volumen de eyección. Si esto no se compensa con un aumento de la frecuencia cardíaca, disminuye el gasto cardíaco.

Una causa frecuente es el sangrado debido a traumatismo, intervenciones quirúrgicas, úlcera péptica, várices esofágicas o rotura de aneurisma de aorta. La hemorragia puede ser abierta o cerrada por ejemplo rotura de embarazo ectópico.

El shock hipovolémico puede deberse también a un aumento de las pérdidas de otros líquidos corporales

Shock distributivo

El shock distributivo se produce por una inadecuación relativa del volumen intravascular debida a vasodilatación venosa o arterial; el volumen de sangre circulante es normal. En algunos casos, el gasto cardíaco es elevado, pero el aumento del flujo sanguíneo a través de los puentes arteriovenosos saltea los lechos capilares; esto, sumado a un desacoplamiento del transporte celular de oxígeno produce una hipoperfusión celular. En

otros casos, se acumula sangre en los lechos venosos de capacitancias y disminuye el gasto cardíaco.

El shock distributivo puede ser causado por anafilaxia (shock anafiláctico); infección bacteriana con liberación de endotoxinas; lesión grave de la médula espinal, por lo general por encima de T4; e ingestión de fármacos o venenos, como nitratos, opiáceos y bloqueantes adrenérgicos. El shock anafiláctico y el shock séptico a menudo tienen también un componente de hipovolemia.

Shock cardiogénico y obstructivo

El shock cardiogénico es una reducción relativa o absoluta del gasto cardíaco debida a una afección cardíaca primaria. El shock obstructivo se debe a factores mecánicos que interfieren con el llenado o vaciado del corazón o los grandes vasos. Las causas se enumeran en la tabla Mecanismos del shock cardiogénico y obstructivo.

