



Mapa conceptual

NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA YATZIRI CASTILLO FIGUEROA

TEMA: manejo de shock

PARCIAL: III

MATERIA: práctica clínica

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 7°

MANEJO DE SHOCK

Definición

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, Este déficit de O₂ conlleva un metabolismo celular anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis metabólica

TIPOS DE SHOCK

Aunque

pueden coexistir diferentes causas de shock en un mismo paciente, haciendo que el cuadro clínico y hemodinámico sea más abigarrado, de forma práctica se suelen dividir las causas de shock en varios tipos: hemorrágico, hipovolémico, cardiogénico, obstructivo o de barrera, séptico, anafiláctico y neurogénico.

Los cuales son

Shock hemorrágico

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 séptico

Tiene un

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

Shock hipovolémico no hemorrágico

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). El perfil hemodinámico es prácticamente igual al del shock hemorrágico

Shock cardiogénico

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%.

Hemodinámicamente

el shock cardiogénico cursa con un GC bajo, una presión venosa central (PVC) alta, una presión de oclusión de arteria pulmonar (POAP) alta y las RVS elevadas.

Shock obstructivo extracardiaco

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.

FISIOPATOLOGÍA: FASES DEL SHOCK

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

Fase de shock descompensado

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

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA Y METABÓLICA

Son las siguientes

Análítica de urgencia

Radiografía de tórax

Hemo y urocultivo

Electrocardiograma

Gasometría arterial

El control de la FC

CLINICA

Se divide en

En cualquier caso el diagnóstico sindrómico de sospecha se basa en la existencia de:

Hipotensión arterial

Presión arterial media (PAM) < 60mmHg o presión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg o un descenso > 40 mmHg de sus cifras habituales. Se debe usar la PAM ya que es 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.

La valoración clínica inicial del GC nos permitirá clasificar al shock en uno de los dos grandes grupos:

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

TRATAMIENTO

Los siguientes

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

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.