



NOMBRE DEL ALUMNO: KARINA LISSETH GARCÍA GARCÍA.

TEMA: MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACIÓN DE SHOCK.

PARCIAL: 4.

MATERIA: PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II.

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ERVIN SILVESTRE.

LICENCIATURA: LIC. EN ENFERMERÍA.

**MAPA
CONCEPTUAL.**

MANEJO DEL PACIENTE EN SITUACIONES DE SHOCK

Es

Un síndrome clínico asociado a múltiples procesos, cuyo denominador común es la existencia de una hipoperfusión tisular que ocasiona un déficit de oxígeno en diferentes órganos y sistemas.

Tipos

Shock hemorrágico

La

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

Consecuencia

Habrà un gasto cardiaco bajo y una precarga baja con aumento de las resistencias vasculares sistémicas

Shock hipovolémico no hemorrágico

Se

Produce como consecuencia de una importante pérdida de líquido de origen gastrointestinal, renal, fiebre elevada, falta de aporte hídrico extravasación de líquido al tercer espacio.

Shock cardiogénico

Lo

Produce un fallo de la función miocárdica.

Hemodinámicamente

Cursa con un gasto cardiaco bajo, una presión venosa central alta, una presión de oclusión de arteria pulmonar alta y las resistencias vasculares sistémicas elevadas.

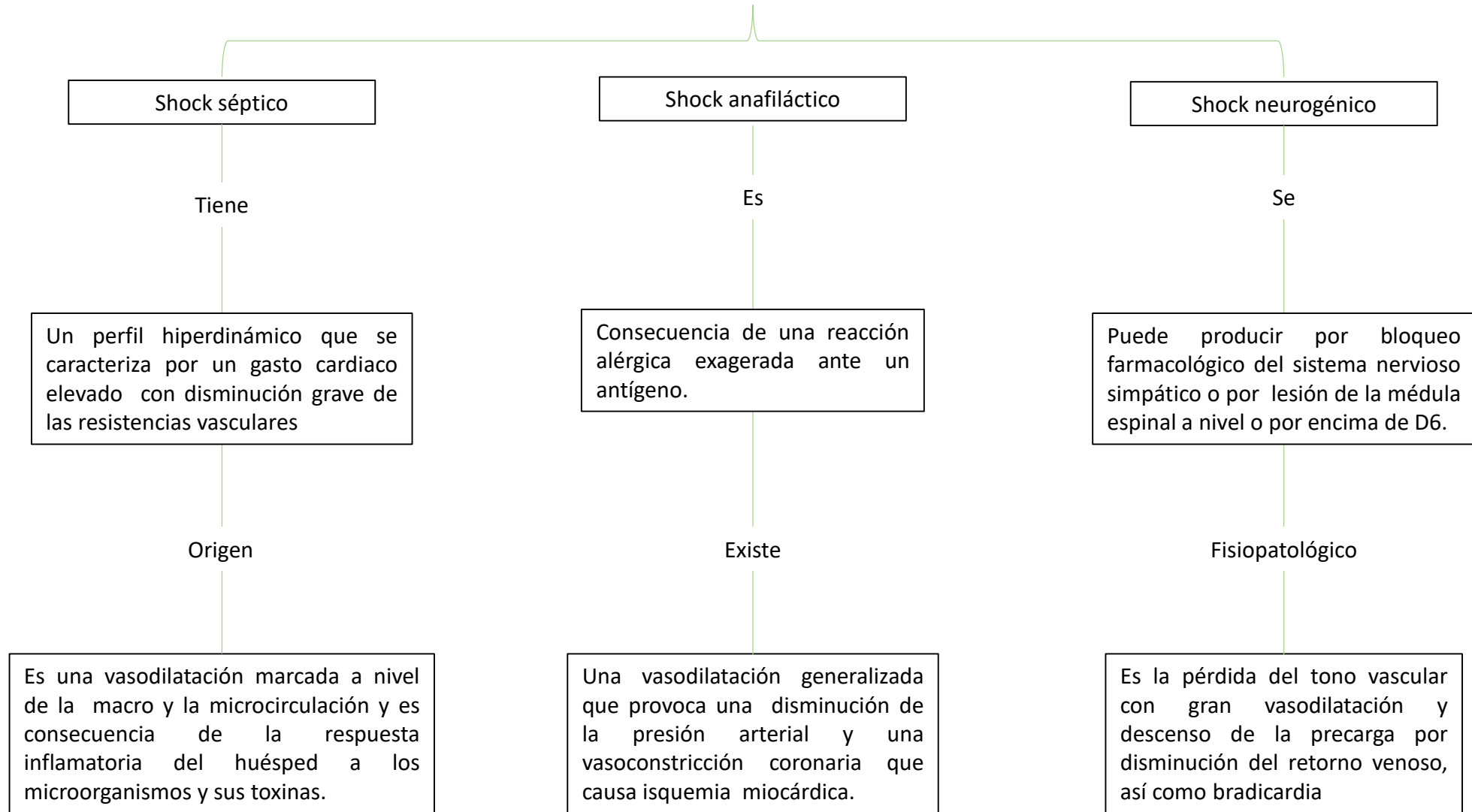
Shock obstructivo extracardiaco

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.



Shock séptico

Tiene

Un perfil hiperdinámico que se caracteriza por un gasto cardíaco elevado con disminución grave de las resistencias vasculares

Origen

Es una vasodilatación marcada a nivel de la macro y la microcirculación y es consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a los microorganismos y sus toxinas.

Shock anafiláctico

Es

Consecuencia de una reacción alérgica exagerada ante un antígeno.

Existe

Una vasodilatación generalizada que provoca una disminución de la presión arterial y una vasoconstricción coronaria que causa isquemia miocárdica.

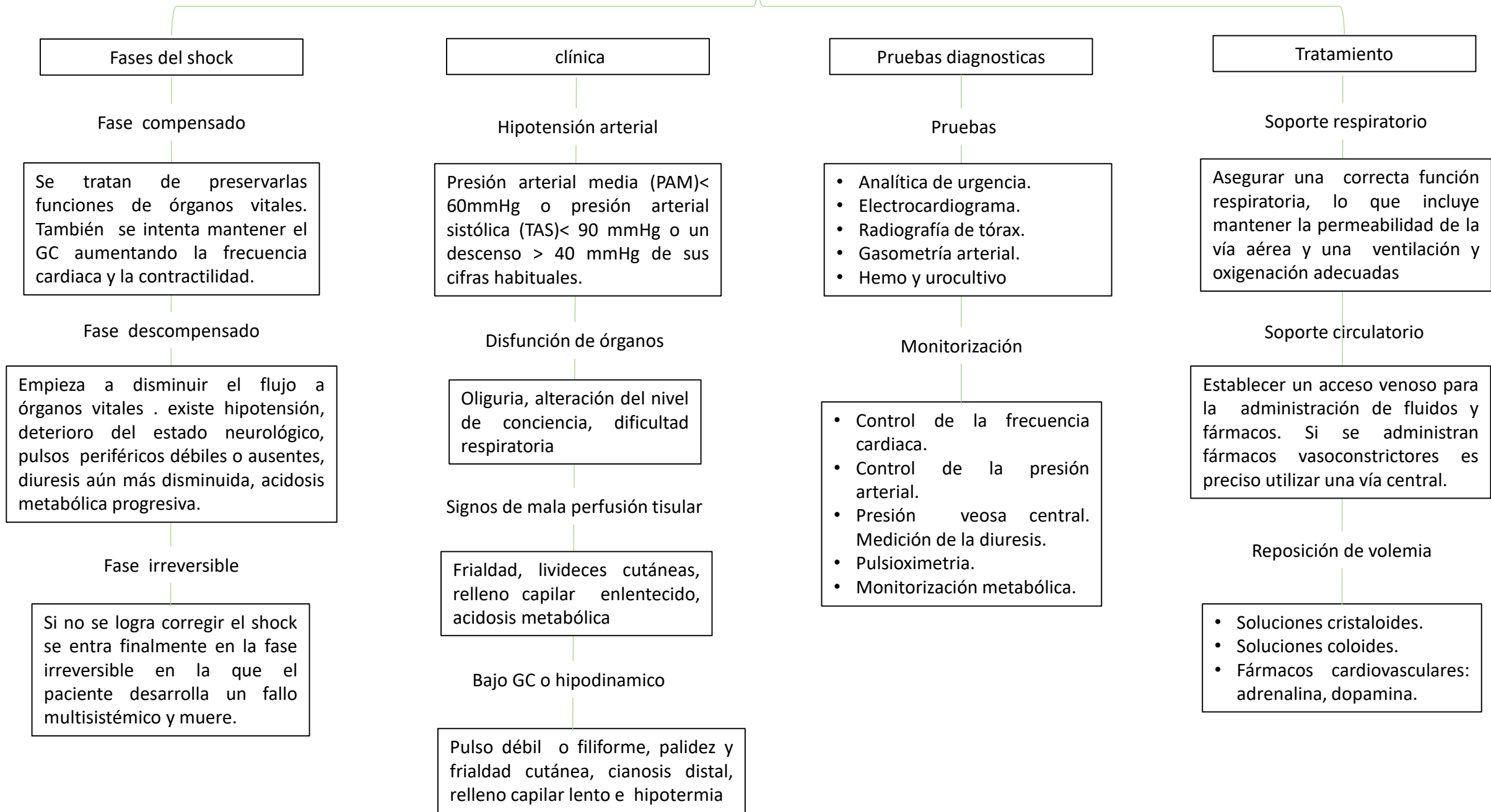
Shock neurogénico

Se

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

Fisiopatológico

Es la pérdida del tono vascular con gran vasodilatación y descenso de la precarga por disminución del retorno venoso, así como bradicardia



Fases del shock

Fase compensado

Se tratan de preservarlas funciones de órganos vitales. También se intenta mantener el GC aumentando la frecuencia cardiaca y la contractilidad.

Fase descompensado

Empieza a disminuir el flujo a órganos vitales . existe hipotensión, deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes, diuresis aún más disminuida, acidosis metabólica progresiva.

Fase irreversible

Si no se logra corregir el shock se entra finalmente en la fase irreversible en la que el paciente desarrolla un fallo multisistémico y muere.

clínica

Hipotensión arterial

Presión arterial media (PAM)< 60mmHg o presión arterial sistólica (TAS)< 90 mmHg o un descenso > 40 mmHg de sus cifras habituales.

Disfunción de órganos

Oliguria, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria

Signos de mala perfusión tisular

Frialdad, lividesces cutáneas, relleno capilar enlentecido, acidosis metabólica

Bajo GC o hipodinamico

Pulso débil o filiforme, palidez y frialdad cutánea, cianosis distal, relleno capilar lento e hipotermia

Pruebas diagnosticas

Pruebas

- Analítica de urgencia.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Gasometría arterial.
- Hemo y urocultivo

Monitorización

- Control de la frecuencia cardiaca.
- Control de la presión arterial.
- Presión veosa central.
- Medición de la diuresis.
- Pulsioximetria.
- Monitorización metabólica.

Tratamiento

Soporte respiratorio

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

Soporte circulatorio

Establecer un acceso venoso para la administración de fluidos y fármacos. Si se administran fármacos vasoconstrictores es preciso utilizar una vía central.

Reposición de volemia

- Soluciones cristaloides.
- Soluciones coloides.
- Fármacos cardiovasculares: adrenalina, dopamina.