El shock neurogénico consiste en una grave hipotensión, bradicardia e hipotermia.

Se trata de una manifestación de la disfunción del sistema nervioso autónomo, y es causada por la ausencia de la actividad simpática, a través de la pérdida del control supraespinal y sin oposición el tono parasimpático a través del nervio vago intacto.

La presión arterial sistólica por debajo de 90 mmHg en posición supina, que no es resultado de hipovolemia debido a una hemorragia o deshidratación, es característica del shock neurogénico.

La hipotensión arterial severa por lo general requiere vasopresores.

La gravedad de la hipotensión arterial y la necesidad de vasopresores son directamente proporcionales a la gravedad de la lesión.

La presión venosa central se mantiene sin cambios.

Shock neurogénico no debe ser confundido con un shock hipovolémico. En el shock neurogénico, la hipotensión se asocia con bradicardia, mientras que en el shock hipovolémico se produce taquicardia.

En el shock neurogénico, la piel es generalmente cálida y seca, a excepción de los pacientes expuestos a un ambiente frío.

El shock neurogénico y hipovolémico pueden coexistir, y cuando esto sucede, el shock neurogénico agrava los efectos de un shock hipovolémico mediante la desactivación de los reflejos vasoconstrictores que normalmente preservan el flujo sanguíneo a órganos vitales.

Tratamiento

Implica la corrección de la hipotensión arterial y la bradicardia, individualizado para cada paciente, dependiendo de la severidad de la presión arterial y trastornos del ritmo cardíaco.

Las dos primeras líneas consisten en la administración de fluidos y medicamentos:

Hipotensión arterial, asociada a una frecuencia cardíaca normal requiere la carga de volumen, con cristaloides y coloides en las primeras 24-48 horas.

En ausencia de un shock hipovolémico concomitante, solución de Hartmann entre 50 a 100 ml por hora, con el fin de mantener una presión arterial sistólica de> 80 mmHg.

Asociado a shock hipovolémico se trata con solución salina normal o solución de Hartmann con el fin de aumentar el volumen intravascular y la presión arterial.

Los pacientes con hipotensión arterial con presión arterial sistólica <90 mmHg, y bradicardia con frecuencia cardíaca <60/minute, requieren 0,5 mg de atropina.

La efedrina es una droga simpaticomimética utilizada para el tratamiento de la hipotensión, y puede ser administrado por vía intravenosa de 5 mg por vía subcutánea o 25-50 mg cada 4-6 horas.

La frecuencia cardiaca de <50/minuto, requieren una mayor dosis de atropina administrada cuantas veces sea necesario hasta 2 mg por hora.

En el shock neurogénico grave, la monitorización de la presión venosa central es obligatoria a fin de garantizar una presión venosa central de 70-10 mmH2O .

Si persiste la inestabilidad hemodinámica, se requiere un catéter de Swan Ganz.

Se proporciona información precisa sobre el gasto cardíaco, la precarga del corazón y la resistencia vascular sistémica. En los casos de profunda inestabilidad hemodinámica con baja presión venosa central, grandes dosis de vasopresores como la norepinefrina, la dopamina y dobutamina son obligatorios.

La hipotensión intratable debe plantear la sospecha de una hemorragia interna oculta. La perfusión tisular debe ser mantenida.

Complicaciones

La hipotensión, consecuencia del shock neurogénico y / o hipovolémico causa isquemia de médula espinal, daño a la médula y el grado de déficit neurológico. En la presión arterial de los pacientes tetrapléjicos se debe mantener, desde 80/40 mmHg a 100/60 mmHg. Se debe prestar atención a la sobrecarga de líquido que puede causar edema del cordón medular lo que reducirá aún más la perfusión tisular (Popa y col., 2010).

Bibliografía

Popa, C. et al., 2010. Vascular dysfunctions following spinal cord injury. , 3(3), págs.275-285.

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=shock_neurogenico

Last update: **2019/09/26 22:23**