

Nombre del alumno:

Ramírez López Kevin Reynol

Nombre del profesor:

MASS. Velásquez Pérez Alfonso

Licenciatura:

En Enfermería

Cuatrimestre y Modalidad:

7mo. Cuatrimestre, Escolarizado

Materia:

Enfermería En Urgencias y Desastres.

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

“Atención de enfermería ante el shock”

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL SHOCK

Hablar de shock es hablar de un tema bastante común en las áreas de urgencias y emergencias ya que es una condición que pone en riesgo la vida de los pacientes que la sufren. Para esto es muy importante iniciar el desarrollo del presente trabajo con una definición bastante entendible y es que según autores existen conceptos que difieren mucho pero según la bibliografía proporcionada, se dice que un shock es un síndrome clínico asociado a múltiples procesos, cuyo denominador común es la existencia de una hipo perfusión 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. Si esta situación se prolonga en el tiempo, se agotan los depósitos energéticos celulares y se altera la función celular, con pérdida de la integridad y lisis, lo que en última instancia lleva a un deterioro multiorgánico que compromete la vida del enfermo. El shock es un estado patológico que puede afectar súbitamente el equilibrio hemodinámico y provocar hipoperfusión periférica; comprende un conjunto de síntomas que coexisten y se agrupan simultáneamente con bastante frecuencia, y por lo general, están en relación con un proceso fisiopatológico común. Es dinámico y dependiente del tiempo.

Si bien los antiguos padres de la medicina griega, Hipócrates y Galeno, reconocieron en los soldados heridos durante la batalla, un síndrome post-traumático por sangrado abundante, el término Shock es atribuido en su origen al cirujano francés Henri François Le Dran (1740)¹, que en su "Traite sur les playes d'armes à feu" se refirió al mismo como un impacto o golpe violento. Le Dran mencionaba en su tratado el término "choc", que fue reconvertido por el inglés Clare (1743), como la palabra que hoy conocemos: "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. Esta clasificación puede resultar didácticamente de utilidad pero resulta artificiosa y simplifica demasiado los mecanismos fisiopatológicos que se producen en los diferentes tipos de shock.

El shock es un problema bastante crítico y dentro de los tipos mas comunes encontramos el hipovolémico caracterizado por la pérdida del volumen de líquidos en nuestro cuerpo, el hemorrágico por la pérdida de sangre por algún proceso hemorrágico, el carcinogénico caracterizado por el problema a nivel del corazón, el anafiláctico que se da por un proceso alérgico a alguna sustancia y el mas grave es el séptico que como lo menciona la OPS, la sepsis es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección. La sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica y trata de forma temprana, puede

ocasionar daño irreversible a los tejidos, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y poner en riesgo la vida. El choque séptico es un tipo grave de sepsis en el cual las alteraciones circulatorias y celulares o metabólicas son tan graves que incrementan el riesgo de muerte de manera sustancial.

Por lo anterior podemos decir entonces que como es un proceso patológico bastante complicado, su tratamiento también será de la misma forma y se llevara a cabo de acuerdo a la gravedad del paciente y del tipo de shock, pero en general se marcaran los siguientes: el soporte respiratorio que 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 adecuadas. Normalmente se usa la administración de O₂ mediante mascarilla tipo ventimask con FiO₂ del 40% o gafas nasales. Se empleará la intubación endotraqueal en casos de insuficiencia respiratoria severa (PaO₂ < 60 mmHg con o sin hipercapnia, taquipnea grave con aumento del trabajo respiratorio y/o alteración del nivel de conciencia (Glasgow <8). El soporte circulatorio que 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; y finalmente la reposición de la volemia que significa la administración de líquidos o soluciones para reestablecer la perdida de estos que normalmente se administraran soluciones cristaloides y soluciones coloides. Además se administrarán fármacos cardiovasculares como la dopamina, dobutamina, adrenalina y noradrenalina.

El shock un síndrome clínico de muy variada etiología, cuyo denominador común es la existencia de una hipoperfusión tisular. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz para actuar de manera eficaz en la fase reversible del cuadro. El diagnóstico sindrómico se basa en la existencia de hipotensión (aunque no siempre existe), disfunción de órganos y mala perfusión tisular. El manejo del paciente con shock requiere una monitorización de su estado hemodinámico y metabólico y el aporte adecuado de oxígeno, fluidos y fármacos vaso activos.

Finalmente nos damos cuenta que si hablamos en patología humana, el shock es a menudo el final del camino de una variedad de procesos que acaban con el colapso cardiovascular y la muerte, es por tanto uno de los problemas más importantes y graves con el que se encuentran los médicos que tratan la patología aguda, tanto por lo que respecta a su reconocimiento y tratamiento como a las nefastas consecuencias que conlleva un retraso en ambos.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS:

1. Rubio Palacios MV, Oltra Chordá R, Cuñat de la Hoz J.. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias.2001. Edición electrónica: www. Uninet. Edu
2. Sánchez Casado M., Pérez Vela JL, Novillo Fertrell P. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 4ª ed. Madrid. Hospital 12 de Octubre. 1998. 139-147.
3. Torres Murillo JM, Martínez de la Iglesia J, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. En: Medicina de urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 2ª ed. Córdoba. Hospital universitario Reina Sofía. 2000. 125-130
4. Cabrera Solé R, Peñalver Pardines F, Medrano F, Jiménez P. En: Urgencias en Medicina: diagnóstico y tratamiento. 3ª ed. Grupo Aula Médica. 1999. 67-73.
5. Chamorro Jambrina C, Martínez Melgar JL, de la Calle Pedrosa N. En: Guías de actuación en urgencias. 1ª ed. Madrid. Hospital Puerta de Hierro. 1999. 75-78
6. Lowestein ChJ, Dinerman JL, Zinder SH: Nitric oxide. A Physiologic Messenger. Ann Intern Med 1994; 120:227-237.
7. Darovic GO, Rokowsky JS. Shock. En: Patrick ML, Woods SL, Craven RF, et al., eds. Medical-Surgical Nursing. Pathophysiological Concepts. Philadelphia: JB Lippincott, 1991; 123-142.