

30-11-2024



Leandro López Velasco



Nombre del Alumno: LEANDRO LÓPEZ VELASCO

Nombre del tema: TIPOS DE SHOCK

Nombre de la Materia: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

Nombre del profesor: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre: 7º

Fecha: 30/11/2024

## SHOCK SÉPTICO

El shock séptico, una condición clínica grave y potencialmente mortal, se define como la disfunción orgánica que amenaza la vida causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. Esta respuesta descontrolada lleva a una hipoperfusión tisular, con consecuencias devastadoras para múltiples sistemas orgánicos. La atención de enfermería juega un papel fundamental en la identificación temprana, el tratamiento oportuno y la mejora de los resultados en pacientes con shock séptico.

Su fase Inicial: Reconocimiento y Respuesta Rápida

La clave para un manejo exitoso del shock séptico reside en su reconocimiento temprano. La enfermera debe estar alerta a los signos y síntomas que sugieren una infección grave que está progresando hacia el shock. Estos incluyen:

**Fiebre o hipotermia:** La temperatura corporal puede estar elevada o disminuida, reflejando la respuesta inflamatoria sistémica.

**Taquicardia:** El aumento de la frecuencia cardíaca es una respuesta compensatoria a la hipoperfusión.

**Taquipnea:** La respiración rápida refleja la necesidad de mayor oxigenación debido a la disfunción orgánica.

**Hipotensión:** La disminución de la presión arterial indica una perfusión tisular inadecuada.

**Alteraciones del estado mental:** La confusión, la somnolencia o el letargo pueden ser signos de hipoperfusión cerebral.

**Oliguria:** La disminución de la producción de orina indica una reducción del flujo sanguíneo renal.

**Hipoxia:** La disminución de la saturación de oxígeno en sangre (SpO<sub>2</sub>) indica una inadecuada oxigenación tisular.

Ante la sospecha de shock séptico, la enfermera debe iniciar inmediatamente las siguientes acciones:

Notificar al médico: Informar al equipo médico de inmediato sobre la condición del paciente para iniciar un tratamiento rápido y efectivo.

Obtener acceso venoso: Colocar al menos dos vías intravenosas de calibre grueso para la administración de fluidos y medicamentos.

Monitorización hemodinámica: Realizar una monitorización continua de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la SpO<sub>2</sub> y la temperatura corporal. La colocación de una sonda vesical puede ser necesaria para monitorizar la diuresis.

Administración de oxígeno: Proporcionar oxígeno suplementario para mejorar la oxigenación tisular.

Recolección de muestras para cultivo: Obtener muestras de sangre, orina, esputo u otros fluidos corporales para identificar el agente infeccioso.

#### Intervenciones de Enfermería en el Manejo Continuo

Una vez iniciado el tratamiento médico, las intervenciones de enfermería se centran en: Soporte hemodinámico: Colaborar en la administración de fluidos intravenosos para restaurar el volumen circulante y mejorar la perfusión tisular. El monitoreo estricto del balance hídrico es esencial.

Soporte respiratorio: Colaborar en la administración de oxígeno suplementario y, si es necesario, en la ventilación mecánica. La monitorización continua de la SpO<sub>2</sub> y la mecánica respiratoria es crucial.

Control de la infección: Administrar antibióticos según la prescripción médica y monitorizar la respuesta del paciente al tratamiento antibiótico.

Soporte nutricional: Proporcionar soporte nutricional adecuado para satisfacer las necesidades energéticas del paciente. La nutrición parenteral o enteral puede ser necesaria.

Prevención de complicaciones: Monitorizar estrechamente al paciente para detectar signos de complicaciones, como la insuficiencia renal aguda, la coagulación intravascular diseminada (CID), el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y la falla multiorgánica.

Soporte emocional: Proporcionar apoyo emocional al paciente y a su familia, ya que el shock séptico es una condición altamente estresante.

## **SHOCK HEMORRÁGICO**

El shock hemorrágico, una condición potencialmente mortal, se caracteriza por una disminución crítica del volumen sanguíneo circulante, llevando a una hipoperfusión tisular. La respuesta rápida y eficiente de enfermería es crucial para mejorar la supervivencia del paciente.

### Evaluación Inicial y Diagnóstico

La evaluación inicial del paciente en shock hemorrágico debe ser rápida y sistemática, siguiendo el protocolo ABCDE:

- A: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, gestionando cualquier obstrucción. La intubación endotraqueal puede ser necesaria en casos de compromiso respiratorio severo.

- B: Evaluar la frecuencia respiratoria, la profundidad y el esfuerzo respiratorio. La administración de oxígeno suplementario es fundamental para mejorar la oxigenación tisular. La monitorización de la saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) es esencial.

- C: Este es el aspecto más crítico en el shock hemorrágico. Se debe evaluar el pulso (frecuencia, ritmo, calidad), la presión arterial (PA), la perfusión periférica (color de la piel, temperatura, llenado capilar), la diuresis y el nivel de conciencia. La colocación de accesos venosos (al menos dos) de calibre grueso es prioritaria para la administración rápida de fluidos y medicamentos. La monitorización continua de la PA y la frecuencia cardíaca es indispensable.

- D: Evaluar el nivel de conciencia del paciente utilizando la escala de Glasgow. Esto ayuda a determinar el grado de hipoperfusión cerebral.
- E: Exponer completamente al paciente para identificar posibles fuentes de hemorragia. Un examen físico completo, incluyendo la palpación abdominal, es crucial para localizar el sitio de la hemorragia.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y los hallazgos de laboratorio. Los signos y síntomas incluyen hipotensión, taquicardia, taquipnea, piel fría y húmeda, llenado capilar prolongado, oliguria o anuria, y alteraciones del estado mental. Los estudios de laboratorio pueden mostrar hemoconcentración, disminución del hematocrito y la hemoglobina, y acidosis metabólica.

#### Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de enfermería se centran en la estabilización hemodinámica del paciente, la prevención de complicaciones y el apoyo al paciente y su familia. Estas incluyen:

- Administración de fluidos: La reposición rápida de volumen es fundamental. Se utilizan soluciones cristaloides como el Ringer lactato o la solución salina normal. En casos de hemorragia masiva, puede ser necesaria la transfusión de sangre y hemoderivados. La monitorización estricta del balance hídrico es esencial.
- Monitorización hemodinámica: La monitorización continua de la PA, la frecuencia cardíaca, la SpO<sub>2</sub>, la diuresis y el balance hídrico es crucial para evaluar la respuesta al tratamiento. La colocación de una sonda vesical puede ser necesaria para monitorizar la diuresis.
- Control de la hemorragia: Si se identifica la fuente de la hemorragia, se deben tomar medidas para controlarla. Esto puede incluir la compresión directa, la ligadura de vasos sanguíneos o la cirugía. La colaboración estrecha con el equipo médico es esencial.
- Prevención de complicaciones: El shock hemorrágico puede causar diversas complicaciones, como la insuficiencia renal aguda, la coagulación intravascular

diseminada (CID), el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y la sepsis. Las intervenciones de enfermería se centran en la prevención y el manejo de estas complicaciones.

- Soporte emocional: El shock hemorrágico es una condición estresante tanto para el paciente como para su familia. La enfermera debe proporcionar apoyo emocional, información clara y precisa, y responder a sus preguntas y preocupaciones.

## **SHOCK ANAFILÁCTICO**

El shock anafiláctico representa una emergencia médica grave que requiere una respuesta rápida y coordinada. Se caracteriza por una reacción alérgica sistémica severa, que puede poner en riesgo la vida del paciente en cuestión de minutos. El rol de la enfermería en este contexto es fundamental, ya que son los profesionales de salud que a menudo son los primeros en atender al paciente y desempeñan un papel crucial en la estabilización inicial y la administración del tratamiento

Fase Inicial: Reconocimiento y Respuesta Inmediata

La clave para un resultado positivo en el shock anafiláctico radica en el reconocimiento temprano de los síntomas. La enfermería debe estar alerta a los signos y síntomas que pueden indicar una reacción alérgica potencialmente grave, tales como: urticaria, angioedema, dificultad respiratoria (sibilancias, disnea, tos), hipotensión, taquicardia, náuseas, vómitos, diarrea, y ansiedad o confusión. Cualquier combinación de estos síntomas, especialmente si se presentan rápidamente, debe activar una respuesta inmediata.

La primera acción de la enfermera consiste en asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Si el paciente presenta dificultad respiratoria, se debe administrar oxígeno suplementario de forma inmediata, y si es necesario, realizar la intubación endotraqueal. La monitorización continua de los signos vitales es esencial, incluyendo la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y nivel de conciencia. Estos parámetros proporcionarán información vital sobre la evolución del shock y la respuesta al tratamiento.

La administración de adrenalina intramuscular o intravenosa es una medida crucial en el manejo del shock anafiláctico. La enfermera debe estar capacitada para administrar este medicamento de manera segura y eficiente, siguiendo estrictamente los protocolos establecidos. Además de la adrenalina, otros medicamentos como los antihistamínicos, corticosteroides y broncodilatadores pueden ser necesarios para controlar los síntomas y prevenir la recurrencia. La enfermera debe estar familiarizada con la administración y las posibles reacciones adversas de cada uno de estos fármacos.

#### Monitorización y Soporte Vital Avanzado

Una vez iniciada la terapia farmacológica, la monitorización continua del paciente es fundamental.

La administración de fluidos intravenosos es esencial para restaurar el volumen intravascular y mejorar la perfusión tisular. La enfermera debe monitorizar cuidadosamente el balance hídrico, la diuresis y los signos de sobrecarga de volumen.

#### Documentación y Seguimiento

La documentación precisa y detallada de todos los eventos, incluyendo los síntomas iniciales, las intervenciones realizadas, la respuesta al tratamiento y la evolución del paciente, es crucial. Esta información es esencial para el seguimiento posterior y para la planificación del tratamiento a largo plazo. La enfermera debe registrar cuidadosamente todos los datos relevantes, incluyendo la hora de inicio de los síntomas, los medicamentos administrados, las dosis, la vía de administración y la respuesta del paciente a cada intervención.

Después de la estabilización inicial, el paciente debe ser trasladado a una unidad de cuidados intensivos para una monitorización continua y un tratamiento más especializado. La enfermera debe proporcionar información clara y concisa al equipo médico que recibirá al paciente, incluyendo la historia clínica completa, los medicamentos administrados y la evolución del paciente.