



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Dafne Paola Sánchez Aguilar

Nombre del tema: Tipos de Shock

2do. Parcial

Nombre de la Materia: Práctica Clínica II

Nombre del profesor: MASS. María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería General

7mo. Cuatrimestre

Comitán de Domínguez, Chiapas; 02 de Diciembre de 2024

Introducción

Como bien se sabe el shock es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad del corazón y/o de la circulación periférica de mantener la perfusión adecuada de órganos vitales, de lo cual, llega a provocar hipoxia tisular y fallo metabólico celular, ya sea, por bajo flujo sanguíneo, o por una distribución irregular de éste. A esto incluye un conjunto de síntomas, signos y alteraciones analíticas y hemodinámicas que precisan una rápida identificación y tratamiento agresivo para reducir su elevada mortalidad.

El diagnóstico de shock es fundamentalmente clínico, basado en la observación de los síntomas y signos que presenta el paciente, así como en la monitorización de éste y la medición de parámetros analíticos directamente relacionados con el proceso. Es importante el reconocimiento precoz del shock, ya que su reversibilidad y, por tanto, su morbimortalidad, dependen del estadio evolutivo en que se encuentre en el momento del diagnóstico.

Además de esto, es indispensable e importante saber e identificar los tipos de shock que existen, para así poder actuar según sea el caso del paciente.

Por lo anterior, el objetivo del presente ensayo es realizar un abordaje generalizado del shock, aunque haciendo énfasis, en 3 tipos de este, como lo son el shock séptico, shock hemorrágico y shock anafiláctico.

Shock séptico

Es un síndrome caracterizado por un fallo circulatorio que conlleva perfusión tisular inefectiva con reducción sanguínea de oxígeno y nutrientes. Cuando la hipoperfusión se sostiene en el tiempo el daño celular progresa, se acumulan metabolitos y productos de desecho, lo que altera la función metabólica y se presenta la muerte tisular.

Además es considerado como una respuesta sistémica compleja a la invasión microbiana en la que se liberan toxinas endógenas y exógenas debido a la destrucción de la pared de bacterias gramnegativas o grampositivas. Después de la invasión bacteriana, se liberan en el cuerpo mediadores inflamatorios humorales, celulares y bioquímicos que actúan aumentando la permeabilidad de las membranas capilares, lo que provoca vasodilatación periférica y oclusión microvascular.

Por otro lado, se activan los sistemas nervioso central y hormonal, provocando la liberación de adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, aldosterona, glucagón y renina, llevando al paciente a un estado hipermetabólico y, en consecuencia, a la vasoconstricción de los lechos renales, pulmonares y esplénicos. El resultado de lo anterior es una falla multisistémica.

Una de sus posibles causas es a través de los microorganismos que son causantes de infección como pueden ser bacterias, virus, hongos y/o parásitos, entre las pruebas diagnósticas más empleadas podemos distinguir:

- Cultivos, se recogerán con técnica estéril antes de iniciar tratamiento antibiótico siempre que sea posible, urocultivo, exudado traqueal o muestra de esputo, exudado de heridas, LCR si procede, retirada de catéteres pre-existentes y cultivo de éstos. Si procede.
- Radiografía de tórax, pruebas de imagen, TAC, ecografía, ecocardiograma, analítica completa de la sangre y orina, gasometría arterial, etc.

Cuidados de Enfermería

En las 6 primeras horas de llegar al nosocomio conseguir una óptima oxigenación, restablecer presión arterial, ritmo de diuresis, restablecer temperatura, adecuar hidratación y nutrición, mantener glicemia, recuperar nivel de conciencia, prevenir úlceras por estrés, evitar sobreinfecciones y aliviar la ansiedad.

Para cumplir estos objetivos se derivan los siguientes cuidados:

- Canalizar catéter arterial para control de TA y control analítico.
- Canalizar al menos 2 vías venosas periféricas de grueso calibre para administración de tratamiento.
- Administrar volumen para restablecer volemia y TA.
- Administrar antibiótico de amplio espectro hasta recibir resultados de cultivos.
- Cuando la glucemia está elevada se administrará insulina rápida, realizándose controles cada 1 ó 2 horas.

Cuando el shock séptico se encuentra en los estadios más avanzados podemos observar el fallo de diferentes órganos, incluso pudiendo evolucionar hasta fallo multiorgánico y muerte.

Además se debe de mantener vigilancia sobre la aparición de posibles hemorragias, principalmente digestivas.

Si el paciente se encuentra consciente, se llevará a cabo una exhaustiva valoración neurológica para identificar una posible encefalopatía y el nivel de ésta; grado 1 (desorientado) grado 2 (comportamiento inapropiado), grado 3 (estuporoso) y grado 4 (coma).

Shock Hemorrágico

Es una pérdida rápida y masiva de la volemia que acompaña a gran variedad de trastornos médicos y quirúrgicos, como traumatismos, hemorragias digestivas, ginecológicas y patología vascular.

Como también se conoce como una afección de emergencia, que requiere asistencia inmediata provocado por la hipovolemia aguda que se traduce en disminución de la precarga, el volumen sistólico y el gasto cardiaco. Esta disminución del volumen sanguíneo provoca una deficiente perfusión tisular aguda que desemboca en hipoxia celular y una serie de trastornos en los órganos vitales.

Se llega a producir de manera rápida y que se traduce en una mala perfusión y oxigenación a nivel tisular. La precocidad en su detección juega un papel muy importante, para comenzar cuanto antes las maniobras de resucitación para que la situación de hipotensión e hipoxia no se agraven más y provoquen un fallo multiorgánico a partir de cambios producidos en el metabolismo celular.

El objetivo principal de este es el control precoz de la hemorragia, enfocándose también en el resto de las medidas para mantener al paciente en las mejores condiciones hemodinámicas posibles.

El shock hemorrágico se produce por diferentes causas ya sea por lesiones traumáticas, hemorragia gastrointestinal, vómitos o diarrea. La etiología está relacionada con la pérdida de sangre, que provoca vasoconstricción en la circulación cutánea, muscular y visceral en el período inicial para compensar el flujo de sangre a los órganos vitales que causan hipoxia tisular y acidosis láctica que producen disfunción microcirculatoria. Se considera shock hemorrágico cuando presenta hipotensión (PAS 90mmHg o PAM 65mmHg).

Cuidados de Enfermería

- Evaluación inicial.

Es importante valorar la situación del paciente de manera correcta para actuar de forma adecuada.

- Control de la hemorragia.

Se debe detener la hemorragia externa mediante compresión, torniquetes o chalecos hemostáticos.

- Resucitación cardiopulmonar.

Si el paciente está en paro cardiaco, se debe iniciar la resucitación cardiopulmonar.

- Transfusión de sangre.

Se debe transfundir productos sanguíneos para mejorar la sobrevida del paciente.

- Mantener al paciente caliente.

Se debe mantener al paciente caliente y cómodo para evitar la hipotermia.

- Levantar los pies.

Se debe ayudar al paciente a acostarse horizontalmente y a levantar los pies unas 12 pulgadas (30 centímetros) para incrementar la circulación.

- No administrar líquidos por vía oral.
- En el acceso venoso debe de haber canalización de 2 vías venosas periféricas de grueso calibre, extracción de muestras para estudio analítico (hemograma, bioquímica sanguínea, estudio de la coagulación) y obtención de pruebas cruzadas para transfusión de concentrados de hematíes.
- Se debe privilegiar esencialmente el control hemodinámico, mediante sueroterapia (administración de sueros), sobre el déficit de hemoglobina (administración de sangre) por los efectos secundarios de transfusión masiva.

- Sueroterapia: Como norma general, se comienza con cristaloides y coloides en proporción 3:1, en dosis iniciales de 1.500 ml (1.000 ml de cristaloides y 500 ml de coloides) en 20 minutos, repitiendo hasta la mejora de los objetivos terapéuticos o la aparición de efectos secundarios, como ingurgitación yugular, presencia de crepitantes y/o disminución de la Sao₂.
- Hemoterapia: Se utilizarán concentrados de hematíes, unidades de plaquetas y de plasma fresco congelado, en caso de necesidad.
- Control de la hemorragia: se hará mediante compresión directa o tratamiento endoscópico o quirúrgico urgente.

Shock Anafiláctico

Es una reacción sistémica de hipersensibilidad de carácter grave y a veces mortal, consecuencia de la exposición a una sustancia sensibilizante como un fármaco, una vacuna, ciertos alimentos, un extracto alergénico, un veneno o alguna sustancia química.

Es una forma de shock distributivo, que cursa con una reacción de hipersensibilidad antígeno-anticuerpo, que aparece como consecuencia de la reexposición al antígeno.

En una persona sensibilizada, la exposición al antígeno desencadena la liberación de distintos mediadores, que ejercen sus efectos sobre los sistemas vascular y pulmonar. La vasodilatación masiva, y el aumento de la permeabilidad capilar, redistribuyen el líquido en el espacio intersticial, produciendo una profunda hipotensión y un colapso vascular.

La extravasación de líquidos en los alvéolos produce congestión pulmonar, el angioedema provoca obstrucción progresiva de la vía aérea y la consiguiente parada respiratoria.

También conocido como anafilaxia puede ocurrir como respuesta a cualquier alérgeno. Las causas comunes incluyen:

- Alergias farmacológicas.
- Alergias a alimentos.
- Picaduras/mordeduras de insectos.

Los pólenes y otros alérgenos que se inhalan muy rara vez producen anafilaxia. Algunas personas tienen una reacción anafiláctica sin una causa conocida.

La anafilaxia es potencialmente mortal y puede suceder en cualquier momento. Los riesgos incluyen un antecedente de cualquier tipo de reacción alérgica.

Cuidados de Enfermería:

- Colocar al paciente en posición de seguridad: Decúbito supino.
- Si hay hipotensión, se elevarán las extremidades inferiores.
- Si vomita, se le colocará la cabeza de lado.
- Asegurarse de que la vía aérea esté libre (dentadura postiza, vómitos), si no es así, retirar las prendas de vestir que opriman (cinturón, corbata, camisa, etc....).
- Informar al paciente de lo que le está sucediendo, de una forma sencilla y no alarmista, es decir, se le puede explicar que está teniendo una reacción de alergia, pero que no debe alterarse, ya que está en un sitio especializado donde todo lo necesario para tratarle, tanto a nivel personal como de medios técnicos, está preparado con antelación y se le va a solucionar su problema de una forma rápida y correcta.
- Explicar al paciente, que si está tranquilo y se muestra colaborador con las pautas que se le aconsejen seguir, la reacción se va a resolver de una forma más rápida y eficaz.
- Advertir al paciente de los efectos colaterales como consecuencia de la medicación que se le va a administrar. (taquicardia, temblor, somnolencia, etc....).

Bajo prescripción médica los medicamentos básicos que debemos de tener en cuenta ante un shock anafiláctico deben ser los siguientes:

- La epinefrina (adrenalina) para reducir la respuesta alérgica del cuerpo.
- Oxígeno, para ayudar a compensar la respiración restringida.
- Por vía intravenosa (IV) antihistamínicos y cortisona para disminuir la inflamación de los conductos respiratorios y mejorar la respiración.
- Un agonista beta (por ejemplo, albuterol) para aliviar los síntomas respiratorios

Conclusión

Correspondiente a la información dada y explicada anteriormente, se concluye en que el shock es una afección potencialmente mortal que se produce cuando el cuerpo no recibe suficiente sangre u oxígeno, lo que puede dañar los órganos y causar la muerte. Si no se trata, el shock puede derivar en daño permanente a los órganos o incluso la muerte.

De los cuales existen varios tipos, pero 3 de los más importantes son el shock séptico que es debido a infecciones; el shock hemorrágico, que causado por muy poco volumen de sangre; y el shock anafiláctico que es causado por una reacción alérgica.

Nosotros como personal de salud, debemos de identificar y reconocer perfectamente la presencia de un shock en el paciente, como también el tipo de este, para así poder emplear de manera correcta, satisfactoria los cuidados correspondientes para su mejoría.

Bibliografía

- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_shock.pdf
- <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2023/12/poster-ii-urgenciasyemergencias/SHOCK4.pdf>
- <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480003.pdf>
- <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54155>
- https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/1E328667-6F9F-4FD8-8690-180F0F6EFE1A/2bb4e826-3af0-456c-8845-0dbd8964b25c/Shock_anilactico_2.pdf
- <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/72df1a6f810758814af701ce6c69814c-LC-LEN701%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMERIA%20II%20.pdf>