



*Nombre del Alumno: YASELI CRUZ GIRÓN*

*Nombre del tema: ENSAYO*

*Nombre de la Materia: PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II.*

*Nombre del profesor: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA*

*Nombre de la Licenciatura: ENFERMERÍA*

*Cuatrimestre: SEPTIMO*

La sepsis es una importante causa de mortalidad y morbilidad especialmente cuando evoluciona a shock séptico y disfunción multiorgánica. La sepsis determina altos costos hospitalarios, estadías prolongadas tanto en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) como en el hospital, y una disminución en la calidad de vida de los sobrevivientes. En las urgencias, el tratamiento del shock séptico en la fase inicial se basa en el diagnóstico del estado de shock y en el de su causa infecciosa, lo cual debe dar lugar a la instauración de un tratamiento sintomático basado en expansión volémica con el fin de mejorar los parámetros hemodinámicos y metabólicos. El tratamiento específico debe incluir la erradicación del foco infeccioso mediante la administración precoz de antibióticos específicos.

El shock hemorrágico es la principal causa de muerte en el trauma, la principal causa de muertes potencialmente prevenible y una de las principales causas de muerte en la población menor de 44 años. La hemorragia masiva puede producir inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, daño de órganos y muerte. Los principales objetivos de la resucitación son restaurar el volumen sanguíneo circulante y detener la hemorragia, mientras se activan los protocolos de manejo de la hemorragia masiva. El *shock* hemorrágico es uno de los tipos más frecuentes de *shock* y una de las principales causas de muerte en pacientes quirúrgicos y en pacientes de trauma. A pesar de los avances en el conocimiento y manejo del sangrado masivo, el *shock* hemorrágico da cuenta de la mayoría de las muertes potencialmente prevenibles, del 80% de las muertes intraoperatorias y de la mitad de las muertes en el 1<sup>er</sup> día de hospitalización después de un trauma.

El manejo del *shock* hemorrágico requiere una aproximación multidisciplinaria y un trabajo en equipo coordinado. La hemorragia masiva puede sobrepasar todos los mecanismos compensadores, llevando a la isquemia tisular, falla de órganos, isquemia miocárdica y muerte, siendo fundamental el Inmediato soporte vital para el buen resultado de la intervención.

El shock anafiláctico y neurogénico, junto con el shock séptico temprano, comparten el mismo patrón hemodinámico, comportándose como un shock distributivo. Dicho patrón se caracteriza por pérdida del tono vascular sistémico lo que conlleva a disminución de

las resistencias vasculares periféricas (RVS), hipovolemia relativa, disminución del flujo sanguíneo dentro de la microcirculación, provocando inadecuada perfusión de los tejidos. Su tratamiento debe focalizarse en revertir la etiología de base (si es posible), expandir el volumen intravascular e infundir drogas vasopresoras.

El presente artículo pretende entregar los conceptos básicos de fisiopatología y manejo de los tipos de shock, con especial énfasis en las recomendaciones clínicas actuales y la necesidad de un enfrentamiento protocolizado.

## **SHOCK SEPTICO**

El shock séptico es una emergencia médica que se produce cuando una infección provoca una respuesta inflamatoria generalizada que afecta los sistemas cardiovascular, metabólico y celular. Es una forma grave de sepsis que aumenta el riesgo de muerte.

El shock séptico es un estado de hipo perfusión tisular en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado clínicamente por vasodilatación excesiva y el requerimiento de agentes presores para mantener la presión de perfusión de los órganos

Algunos signos de shock séptico son:

- Piel pálida, grisácea o con manchas
- Fiebre
- Taquicardia
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Disminución de la excreción de orina
- Piel caliente y enrojecida
- Pulso rápido y fuerte
- Disminución del nivel de consciencia

El tratamiento exige la normalización de la volemia y la administración de agentes inotropos para normalizar el gasto cardíaco si se encuentra bajo, y aumentar la presión

de perfusión de los tejidos. El tratamiento debe ser guiado por una adecuada monitorización.

## **CUIDADOS DE ENFERMERIA**

En las 6 primeras horas conseguir una óptima oxigenación, restablecer presión arterial, ritmo de diuresis, restablecer temperatura, adecuar hidratación y nutrición, mantener glucemia, 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.

## **SHOCK HEMORRAGICO**

Entendemos por shock aquel estado patológico de hipo perfusión tisular e hipoxia celular, caracterizado por el aporte insuficiente de oxígeno y otros sustratos metabólicos esenciales para la integridad celular y el adecuado funcionamiento de órganos vitales.

En el shock hemorrágico la hipoxia celular es desencadenada por la hipovolemia secundaria a la hemorragia, con caída del retorno venoso y gasto cardiaco (GC).

### **Manejo del *shock* hemorrágico**

La sobrevida del paciente con *shock* hemorrágico depende del tiempo que ha permanecido en *shock*, de forma análoga a lo descrito para paciente con sepsis

y *shock* séptico, para lo que se han sugerido diferentes estrategias de manejo. Los objetivos de la reanimación circulatoria serán:

- 1) Restaurar de forma inmediata el volumen sanguíneo circulante con adecuada capacidad de transporte de O<sub>2</sub> y
- 2) El tratamiento definitivo de la causa, detener la hemorragia. Para el primer objetivo, se ha utilizado tradicionalmente el aporte agresivo de fluidos intravenosos para lograr la pronta restauración de la perfusión tisular.

**Alto riesgo de *shock* hemorrágico.** Existen cuatro condiciones clínicas que alertan sobre el alto riesgo de hemorragia masiva y *shock* hemorrágico:

- Pacientes que serán intervenidos de cirugía mayor con grandes pérdidas de volumen (cirugía hepática, gran cirugía traumatológica y de ortopedia, cirugía cardiaca y vascular mayor, neurocirugía, etc).
- Pacientes obstétricas (especialmente el diagnóstico prenatal de acretismo placentario).
- Pacientes que han sufrido un trauma y se avisa de su traslado al centro asistencial.
- Pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente y que presenten una condición médica que afecte la coagulación (ejemplo: hemofilia).

### **SHOCK ANAFILACTICO**

Conceptualmente es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. Clínicamente se caracteriza por un síndrome complejo, desencadenado por mecanismos inmunitarios o no, con aparición de síntomas y signos sugestivos de una liberación generalizada de mediadores de mastocitos y basófilos, tanto en la piel como en otros órganos.

**Etiología y fisiopatogenia:** Las causas más frecuentes de anafilaxia son los alimentos, fármacos y picaduras de insectos, y menos frecuentemente factores físicos, látex e idiopática, siendo los alimentos los gatillos más comunes

en la infancia (leche, huevos, frutos secos, pescados y mariscos) y los fármacos en los adultos.

## **Signos clínicos**

**Síntomas cardiovasculares:** hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardíaca, palidez marcada, síncope.

Síntomas respiratorios (80%): vía aérea superior: edema de epiglotis y laringe (53%), estridor inspiratorio; vía aérea inferior: disnea (55%), sibilancias (35%), polipnea, tiraje supraesternal, intercostal y subcostal, respiración de Kussmaul, hipersecreción pulmonar.

**Síntomas cutáneos (92%):** Sudoración, palidez, eritema (29%), urticaria (62%) prurito (37%) Síntomas gastrointestinales (45%): dolor abdominal (16%), diarrea (5%), náuseas (15%), vómitos (27%).

**Síntomas neurológicos (26%):** cefalea, mareos, convulsiones, alteración de la conciencia (somnolencia, estupor, letargo, coma).

## **CUIDADOS DE ENFERMERIA**

Los pacientes deben ser observados durante 6-8 hrs tras la resolución de la reacción anafiláctica y hasta 12-24 hrs los que presentan síntomas refractarios o reacciones graves, antecedentes de reacciones anafilácticas bifásicas, anafilaxia idiopática de instauración lenta, asma previa grave, contacto con el alérgeno persistente, imposibilidad de acceso a atención rápida, cuadros de hipotensión.

Deberán continuar con tratamiento antihistamínico y con corticoides por 48 hrs.

Como hemos visto los tres tipos de shock requieren de intervenciones de enfermería inmediatas con el fin de preservar la vida de las personas. Requiere de un personal de enfermería preparado por ello es importante conocer la clínica para así poder actuar de manera inmediata y precisa ante cualquier tipo de eventos de shock.

