

ROL DE LA ENFERMERA EN EL SHOCK CARDIOGENICO *

*Clara Luz Cuartas de Bernal ***

El shock es siempre una urgencia. Por tanto, requiere un enfoque coherente que integre la reanimación y los cuidados de enfermería, las diferencias fisiológicas entre varios síndromes del shock, las respuestas compensadoras correspondientes y los mecanismos causales.

La división de actividades terapéuticas en varias etapas, para el manejo de problemas de vida o muerte, puede mejorar las probabilidades de supervivencia del paciente.

Las actividades realizadas por la enfermera pueden dividirse en las siguientes etapas:

PRIMERA ETAPA: Asegurar una buena ventilación pulmonar, manteniendo la permeabilidad de las vías aéreas superiores.

Pasos:

— Oxigenoterapia. Con el fin de aumentar la presión parcial del oxígeno en la sangre arterial y así mejorar la oxigenación de las áreas isquémicas, vecinas a la zona del infarto. Debe proporcionarse oxígeno húmedo al 100%, limitándose a 2 ó 3 litros por segundo, por medio de mascarilla o catéter nasal. Antes de iniciar la oxigenoterapia se determinarán los gases sanguíneos; si esta determinación fue omitida, se anotará la hora en la cual se inició la administración de oxígeno.

* Ponencia presentada en las "II Jornadas Latinoamericanas de Terapia Intensiva" Lima, septiembre 23-28 de 1984.

** Enfermera General. Estudiante II nivel complementario. Universidad de Antioquia.

— Intubación endotraqueal. Indicada en aquellos pacientes en quienes los trastornos respiratorios hacen necesaria la permanente aspiración de secreciones o la respiración asistida o controlada mediante ventiladores mecánicos. En los enfermos conscientes es aconsejable la intubación nasotraqueal, menos molesta que la orotraqueal y que evita la obstrucción de las vías aéreas cuando el paciente muerde el tubo.

— Traqueostomía. Debe considerarse si la situación se prolonga por más de 48 horas. Se empleará cánula plástica de mango inflable para estar preparados en caso de que el paciente requiera ventilación mecánica. Además se contará con equipo de aspiración y sondas gástricas.

SEGUNDA ETAPA: Hidratación parenteral.

Deberá canalizarse una vena y pasar solución Hartman para evitar colapso venoso periférico. Las soluciones intravenosas deben administrarse con micro-gotero; la cantidad administrada y la rapidez de administración se vigilarán cuidadosamente por el peligro de sobrecarga líquida que podría conducir al paciente a un edema pulmonar.

TERCERA ETAPA: Toma de muestras de sangre.

Deben tomarse muestras de sangre para las siguientes pruebas:

- Tiempo de protombina
- Tipo de sangre y pruebas cruzadas
- Electrolitos en suero
- Hemoglobina y hematocrito
- Ph, nitrógeno y ácido láctico.

CUARTA ETAPA: Valoración del volumen urinario.

Pasos:

- Debe colocarse al paciente una sonda de Foley y mandar al laboratorio una muestra de orina para determinación de densidad y análisis.
- Controlar y registrar la eliminación cada hora, teniendo en cuenta que en un adulto el volumen urinario normal es de 30 a 50 ml/hora. La diuresis debe conservarse entre 20-30 ml/hora.

QUINTA ETAPA: Control de respiración.

La frecuencia respiratoria es rápida durante las primeras fases del shock, pues existe un mecanismo compensador que estimula la respiración para liberar al organismo del ácido carbónico.

SEXTA ETAPA: Medición de presión venosa central.

Los valores de presión venosa central permiten saber si el volumen sanguíneo corresponde a la capacidad de bombeo del corazón.

SEPTIMA ETAPA: Determinación de la presión intraarterial pulmonar.

Indica la función ventricular izquierda; para determinarla se utiliza el catéter de Swan-Ganz.

OCTAVA ETAPA: Posición del paciente.

Debe colocarse al paciente con la cabeza y el dorso horizontal y elevar sus piernas 30 grados. No se aconseja la posición de Trendelenburg; algunos estudios han demostrado que ésta dificulta el llenado cardíaco y puede traer más inconvenientes que ventajas.

NOVENA ETAPA: Control de signos vitales.

Debe cubrirse al paciente para evitar la pérdida de calor pero sin calentamiento excesivo, dado que la vasodilatación cutánea privaría de sangre los órganos vitales donde la circulación ya está disminuida. Además, debe controlarse repetidamente pulso, presión arterial y respiración y llevar el registro de estos datos. Vigilar el aspecto de la piel y el estado de conciencia.

DECIMA ETAPA: Control cardíaco.

Se vigilará el registro del E. K. G.; éste complementa el control clínico y permite planear el tratamiento.

UNDECIMA ETAPA: Aplicación de analgésicos.

Controlar rápidamente el dolor intenso, mediante el uso adecuado de fármacos. Con la supresión del dolor se puede corregir parcialmente la hipotensión, disminuir la angustia, el stress y la inquietud. Se usa morfina en la dosis indicada por el médico. Control de arritmias mediante la aplicación de lidocaína.

BIBLIOGRAFIA

1. CLINICAS de Enfermería de Norteamérica. Enfermería de Urgencia. Editorial Interamericana, México, Septiembre de 1983. pp. 377 a 386.
2. RESTREPO, Mabel y otras. Shock Cardiogénico. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, 1983.
3. NUEVOS conceptos del manejo del paciente de alto riesgo. Curso de postgrado Sociedad Colombiana de Cuidados Intensivos. Colegio Colombiano de Cirujanos. Bogotá, Septiembre 24-26 de 1981.
4. DE LA TORRE, Esteban. Manual de cuidados intensivos. 2ª edición. Editorial Científica Médica, Barcelona, 1981.