

TÍTULO:

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA-GINECOLÓGICA EN LOS DISTINTOS TIPOS DE SHOCK OBSTÉTRICO

AUTORES: Noelia Macías Peralta, Esperanza Martínez Torres

PALABRAS CLAVE: shock obstétrico, embarazo, hemorragia, puerperio.

RESUMEN:

El shock obstétrico es una insuficiencia circulatoria aguda que se presenta en la mujer embarazada, durante el parto o el puerperio. Se trata de una complicación grave, si bien poco frecuente gracias a la mejora del control y la atención del embarazo, y también a la menor duración del parto. La causa más frecuente es la hemorragia seguida del origen infeccioso. En el embarazo adquiere características especiales por la sobrecarga circulatoria que conlleva y a la compresión de la vena cava inferior.

Todo esto hace que en situaciones críticas, la capacidad de respuesta cardiorrespiratoria de la embarazada no pueda responder a tales exigencias.(1)

Existen 4 tipos:

- Hipovolémico: es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo, puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar y el más frecuente es secundario a hemorragias.
- Distributivo: se produce por disfunción vasomotora secundaria a pérdida del tono vascular, sobre todo debido a sepsis o anafilaxia.
- Obstrucciono extracardiaco: se produce es un descenso del GC de causa extracardiaca, de forma secundaria a una obstrucción del flujo sanguíneo, y lo afectado es sobre todo la función diastólica ventricular. Su causa más frecuente es el tromboembolismo pulmonar.
- Cardiogénico: el corazón es incapaz de bombear la cantidad suficiente de sangre que el cuerpo necesita. Es excepcional en obstetricia.

INTRODUCCIÓN:

Podemos definir el shock como una insuficiencia circulatoria producida por uno o más de los tres elementos fundamentales del sistema:

☐ Corazón

☐ Volemia

☐ Circulación capilar

Las repercusiones de esta alteración conducen a una deficiente perfusión hística que provoca sufrimiento celular hipóxico.

La causa más frecuente es la hemorragia. La segunda causa es de origen infeccioso, aunque con el uso de los antibióticos es cada vez menos frecuente.

En el embarazo adquiere características especiales por la sobrecarga circulatoria que conlleva la gestación ya que se producen una serie de cambios fisiológicos que repercuten tanto en el diagnóstico, como en la evolución del shock.

Debido a la existencia de un útero gestante, existe una compresión de la vena cava inferior, la cual es más importante en el decúbito supino. En esta posición puede haber una caída en el gasto cardíaco y puede ser causa de falta de respuesta a las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

La compresión del útero gravídico, sobre las vísceras abdominales, provoca que estas se desplacen hacia arriba, comprimiendo el diafragma, el cual a su vez impide que los pulmones puedan expandirse al 100%, fruto de todo ello, es una disminución de la capacidad ventilatoria global.

Todo esto hace que en situaciones críticas, la capacidad de respuesta cardiorrespiratoria de la embarazada no pueda responder a tales exigencias.(2)

DIAGNÓSTICO

- Confusión, intranquilidad o agitación psicomotriz.
- Tensión arterial sistólica inferior a 90mmHg.
- Frialdad, piel húmeda, sudoración.
- Taquicardia superior a 130 lpm.
- Diuresis horaria inferior a 30 ml/h.

TIPOS DE SHOCK

1. SHOCK HIPOVOLÉMICO

Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo, puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar, el más frecuente es secundario a hemorragias y suele asociarse a trastornos de la coagulación tipo fibrinólisis o coagulopatía de consumo.(3)

Tipos:

- Shock hemorrágico.
- Shock hipovolémico no hemorrágico.

Causas:

- Hemorragia aguda.
- Deshidratación: pérdidas gastrointestinales, urinarias, cutáneas en el paciente quemado...

- Pérdidas en el tercer espacio.

En presencia de hemorragia activa, la embarazada dispone de un mayor volumen sanguíneo, lo que le permite mantener los signos vitales durante un periodo más prolongado que otra persona no embarazada.

El pulso y la T.A. pueden estar en niveles normales hasta el momento del fracaso hemodinámico franco (shock).

2. SHOCK DISTRIBUTIVO

Se produce por disfunción vasomotora secundaria a pérdida del tono vascular.

Tipos:

- Shock séptico.
- Shock anafiláctico.
- Shock neurogénico.

Causas:

- Sepsis.
- Anafilaxia.
- Endocrinológico: Insuficiencia suprarrenal o coma mixedematoso.
- Tóxicos y sobredosis.
- Neurogénico.

Las diversas causas mencionadas llevan por diferentes mecanismos fisiopatológicos a una disminución de la resistencia vascular sistémica con la hipotensión correspondiente.

3. OBSTRUCTIVO EXTRACARDIACO

En este caso lo que se produce es un descenso del GC de causa extracardíaca, de forma secundaria a una obstrucción del flujo sanguíneo, y lo afectado es sobre todo la función diastólica ventricular.

Causas:

- Tromboembolismo pulmonar
- Neumotórax
- Taponamiento cardiaco

Síntomas:

- Disnea

- Taquipnea
- Dolor pleurítico
- Ansiedad
- Tos
- Taquicardia
- Aumento de temperatura
- Síncope

4. SHOCK CARDIOGÉNICO

Ocurre en cualquier momento en que el corazón es incapaz de bombear la cantidad suficiente de sangre que el cuerpo necesita. El shock cardiogénico primario es excepcional en obstetricia.(4)

Causas:

- Miocardiopatías: Infarto agudo de miocardio, depresión miocárdica del shock séptico, miocarditis.
- Mecánico: insuficiencia mitral o aortica aguda, rotura cardiaca.
- Arritmias
- Causa más común es el paro cardiaco.

Síntomas:

- Dolor o presión en el tórax
- Coma
- Disminución de la micción
- Respiración acelerada
- Pulso acelerado
- Sudoración profusa, piel húmeda
- Mareo
- Pérdida de la lucidez mental y capacidad para concentrarse
- Inquietud, agitación, confusión
- Dificultad para respirar
- Piel que se siente fría al tacto

- Piel de color pálido o manchada (moteada)
- Pulso débil (filiforme).

OBJETIVOS

Determinar la actuación de la Enfermera Obstétrico-Ginecológica en los distintos tipos de shock obstétrico.

METODOLOGÍA

Se realizó la búsqueda bibliográfica en MEDLINE, en EMBASE y en la Biblioteca Cochrane para publicaciones relevantes desde 2000 hasta septiembre de 2016. Se restringió a artículos en español, empleando las palabras clave: shock obstétrico, embarazo, hemorragia, puerperio.

RESULTADOS

Actuación de la matrona ante el shock hipovolémico:

- Advertir de la situación al equipo obstétrico.
- Informar a la mujer sobre la evolución de su estado físico y procedimientos a efectuar.
- Cateterización de una vía para perfusión.
- Extracción de sangre para solicitud de hematocrito, pruebas cruzadas y estudio de coagulación.
- Dirigir el alumbramiento.
- Evaluación continua de la consistencia y altura uterina, pérdidas hemáticas, estado general materno, etc.
- Masaje uterino para estimular la contracción.
- Si la hemorragia es excesiva, se puede realizar una compresión uterina bimanual.
- Maniobra de Credé y vaciado de útero.
- Realizar la técnica de extracción y revisión placentaria y administración de oxitócicos, ergóticos.
- Oxígeno según prescripción.
- Cateterización vesical.
- Balance de líquidos y control de constantes.
- Revisar el canal blando y cérvix y realizar la técnica de la episiorrafía o sutura ante desgarros de I y II grado.
- Colaborar en la realización de los distintos procedimientos diagnósticos.

- Valorar la necesidad de ayuda adicional para cuidar al recién nacido.
- Informar a la puérpera de los cuidados realizados, la evolución esperada y los signos de alarma (loquios, hemorragias anormales, molestias rectales, fiebre, revisiones).(5)

Actuación de la matrona ante el shock distributivo:

- Evitar la sobreinfección con otros gérmenes.
- Disminuir y/o evitar los procedimientos invasivos.
- En caso de hospitalización seguimiento del protocolo correspondiente.
- Valorar de forma continua las manifestaciones de la infección.
- Colaborar en todos los procedimientos diagnósticos.
- Medidas de aislamiento según el tipo de infección.
- Educación sanitaria.

Actuación de la matrona para la prevención del shock Obstructivo-extracardiaco:

- Es importante fomentar la deambulación temprana tras el parto teniendo en cuenta factores como el dolor, analgesia...
- Informar de la conveniencia de realizar ejercicios con las piernas en la cama mientras tanto (cesárea, pérdida hemática importante...).

Actuación de la matrona para la prevención del shock cardiogénico:

- Colaborar con el equipo multidisciplinar en las maniobras de RCP avanzadas.
- Auscultación de FCF cuando sea posible para comprobar el bienestar fetal.(6)

CONCLUSIONES

Es importante saber distinguir entre los distintos tipos de shock para que nuestra actuación sea la más adecuada a la situación y poder actuar con la mayor efectividad y rapidez posible para así poder disminuir la morbimortalidad materna y fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetricia SEGO.
2. William M. Barron. Trastornos medicos durante el embarazo.
3. Luis Távara Orozco, Rubén Villacaqui R. Shock hemorrágico de origen obstétrico. Hospital Lima- Perú.
4. E. Malvino. Sepsis severa y shock séptico en obstetricia. Obstetricia crítica 2008.

5. Chessman, R. Tratamiento del shock en obstetricia, Curso de perfeccionamiento de graduados. Urgencias en Obstetricia Ginecología: Hemorragias. Escuelas de graduados, Facultad de Medicina, UNMSM, pág. 197-199. Lima, Perú 1966.

6. Cervantes, R. Shock en obstetricia. Curso de perfeccionamiento de graduados. Urgencias en Obstetricia y Ginecología: Hemorragias. Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, UNMSM, pág. 200-211 Lima, Perú 1966.