

QUIZ:

- **Esta serie de preguntas tienen el fin de funcionar como una autoevaluación previo a asistir al espacio de simulación.**

1. Ingresa a la guardia un paciente de 65 años, 48h post-angioplastia. Refiere astenia y disnea. Al examen físico: obnubilado, PAM 55 mmHg, piel fría, diaforesis y estertores crepitantes bibasales. SatO₂ 90%. ¿Cuál es la conducta inicial MÁS apropiada? A) Pasar 1500 ml de ringer lactato a chorro. B) Monitor, oxígeno, 2 vías periféricas, y bolo de 250 ml de cristaloides evaluando respuesta. C) Esperar al laboratorio de troponinas para iniciar el manejo. D) Iniciar diuréticos de asa endovenosos inmediatamente por los crepitantes.

Respuesta Correcta: B.

Explicación: Frente a la inestabilidad clínica de origen cardiológico, el abordaje ABCDE incluye poco volumen (bolo prudente máximo 250 ml) con reevaluación. Los bolos grandes a ciegas precipitan el edema agudo de pulmón en FEVI baja

2. En el paciente anterior, si usted administra volumen y repentinamente la SatO₂ cae a 88% y la disnea se hace franca, esto probablemente indica: A) Resolución de la hipovolemia. B) Un shock séptico asociado. C) Empeoramiento del gasto cardíaco y precipitación de edema pulmonar. D) Presencia de un taponamiento cardíaco.

Respuesta Correcta: C.

Explicación: En un shock cardiogénico (post-IAM, FEVI baja), la carga de fluidos puede precipitar edema pulmonar e hipoxia

3. Usted reevalúa a su paciente y decide tipificar el shock. ¿Qué "paquete" de estudios complementarios es la conducta correcta que no demorará el sostén hemodinámico? A) Solo gases arteriales y hemograma. B) AngioTAC de tórax y Eco Doppler de miembros inferiores. C) ECG + Rx de Tórax + Eco POCUS/Ecocardiograma. D) Dímero D y enzimas cardíacas seriadas.

Respuesta Correcta: C.

Explicación: Para establecer el "fenotipo de shock", la triada ECG, Rx de tórax y POCUS es rápida, de cabecera y decisiva para diferenciar cardiogénico, de obstructivo o de origen pleuropulmonar

. Las demás opciones generan retrasos fatales

4. El paciente tiene PAM < 65 mmHg a pesar del bolo inicial de líquidos. El POCUS muestra FEVI de 30%. Además, presenta registros febriles. Usted asume un shock mixto. ¿Cuál es el error GRAVE de manejo hemodinámico en esta fase? A) Iniciar Noradrenalina precozmente. B) Iniciar hemocultivos y antibióticos empíricos tempranos. C) Quedarse esperando el laboratorio completo demorando el inicio de vasopresores o inotrópicos. D) Evaluar el inicio conjunto de Dobutamina.

Respuesta Correcta: C.

Explicación: En la fase 3 del paciente inestable, retrasar el sostén con vasopresores e inotrópicos (noradrenalina si hipotensión; dobutamina por bajo GC) condena al paciente a mayor hipoperfusión. Es un error esperar resultados

5. Perla de Sesgo Cognitivo: En el mismo paciente, usted asume automáticamente que es un shock cardiogénico porque tiene el antecedente del IAM. No le realiza POCUS. Minutos después, el paciente presenta disociación electromecánica (AESP) por un derrame pericárdico masivo no diagnosticado. ¿Qué sesgo cometió? A) Efecto de anclaje / Cierre prematuro. B) Sesgo de disponibilidad. C) Sesgo retrospectivo. D) Efecto Dunning-Kruger.

Respuesta Correcta: A.

Explicación: El "sesgo de cardiogénico automático" es un anclaje por el antecedente del stent. Omitir el ecocardiograma impidió ver el taponamiento (shock obstructivo), lo cual requiere una conducta completamente distinta (pericardiocentesis)

.