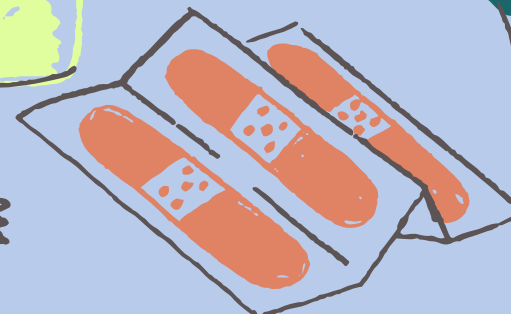


SIMULACIÓN

PACIENTE INESTABLE

TIPOS DE SHOCK



GENERALIDADES DE SHOCK

Definición:

Estado de insuficiencia circulatoria aguda que provoca hipoperfusión tisular y aporte inadecuado de oxígeno a los tejidos, generando disfunción orgánica.

Fisiopatología:

↓ Perfusión tisular → hipoxia celular → metabolismo anaerobio → ↑ lactato → falla orgánica múltiple.

Manifestaciones clínicas:

- Hipotensión arterial
- Taquicardia
- Alteración del sensorio
- Oliguria ($<0,5$ mL/kg/h)
- Piel fría y húmeda (excepto shock distributivo temprano)
- Acidosis láctica

TIPOS DE SHOCK

SHOCK HIPOVOLÉMICO

Sospecha (monitor + clínica + POCUS):

TA ↓, FC ↑, piel fría y pálida

SpO₂ normal o ↓ si compromiso asociado

POCUS: VCI colapsada, cavidades cardíacas “vacías”

Contexto: hemorragia, vómitos, diarrea, trauma.

Conducta en shockroom:

Accesos venosos gruesos x2

Expansión rápida con cristaloides

Control de la causa (ej: hemostasia)

Considerar hemoderivados

Reevaluación continua (TA, FC, diuresis)

Objetivo: restaurar volemia y perfusión

TIPOS DE SHOCK

SHOCK CARDIOGÉNICO

Sospecha:

TA ↓, FC ↑ / ↓, signos de congestión (edema, ingurgitación yugular) SpO₂ ↓

POCUS: mala contractilidad, cavidades dilatadas

ECG (monitor/desfibrilador): arritmias o isquemia

Conducta:

Oxígeno / soporte ventilatorio

Evitar sobrecarga de fluidos

Iniciar inotrópicos (ej: dobutamina)

Vasopresores si hipotensión (ej: noradrenalina)

Tratar causa (IAM, arritmia → cardioversión/desfibrilación)

Objetivo: mejorar gasto cardíaco

TIPOS DE SHOCK

SHOCK SÉPTICO

Sospecha:

TA ↓, FC ↑, piel caliente (fase inicial)

Fiebre o foco infeccioso

SpO₂ variable

POCUS: función cardíaca conservada o hiperdinámica

Conducta:

Cristaloides en bolo inicial

Iniciar antibióticos precozmente

Vasopresores si persiste hipotensión (noradrenalina)

Control del foco infeccioso

Monitoreo estrecho (lactato, diuresis)

Objetivo: restaurar perfusión y tratar la infección

TIPOS DE SHOCK

SHOCK OBSTRUCTIVO

Sospecha:

TA ↓, FC ↑, ingurgitación yugular, SpO₂ ↓ (según causa)

POCUS clave:

Taponamiento → derrame pericárdico

TEP → VD dilatado

Neumotórax → ausencia de deslizamiento

Conducta:

Oxígeno inmediato

Tratar causa específica:

Pericardiocentesis (taponamiento)

Descompresión torácica (neumotórax)

Anticoagulación/trombólisis (TEP)

Soporte hemodinámico con vasopresores si necesario

Objetivo: tratar la obstrucción

TIPOS DE SHOCK

SHOCK ANAFILÁCTICO

Sospecha:

Inicio brusco, TA ↓, FC ↑

Broncoespasmo, urticaria, angioedema

SpO₂ ↓

Contacto con alérgeno

Conducta:

Adrenalina IM inmediata

Oxígeno + vía aérea (preparar intubación si necesario)

Cristaloides

Antihistamínicos y corticoides

Monitoreo continuo

Objetivo: revertir la reacción anafiláctica

TIPOS DE SHOCK

SHOCK NEUROGÉNICO

Sospecha:

TA ↓, FC ↓, piel caliente y seca, extremidades bien perfundidas pese a la hipotensión
Déficit neurológico asociado (tetraparesia/paraplejia)
Antecedente de trauma raquimedular, especialmente cervical o torácico alto
SpO₂ variable según compromiso respiratorio
POCUS: corazón estructuralmente normal, sin signos de hipovolemia ni obstrucción

Conducta:

Inmovilización cervical y protección de columna
Oxígeno suplementario
Cristaloides con prudencia (descartar hipovolemia asociada)
Vasopresores para mantener PAM adecuada (ej: noradrenalina)
Atropina si bradicardia sintomática
Evaluación neuroquirúrgica urgente
Monitoreo continuo (TA, FC, SpO₂, diuresis)

Objetivo: soporte vasopresor y tratamiento de la lesión neurológica.