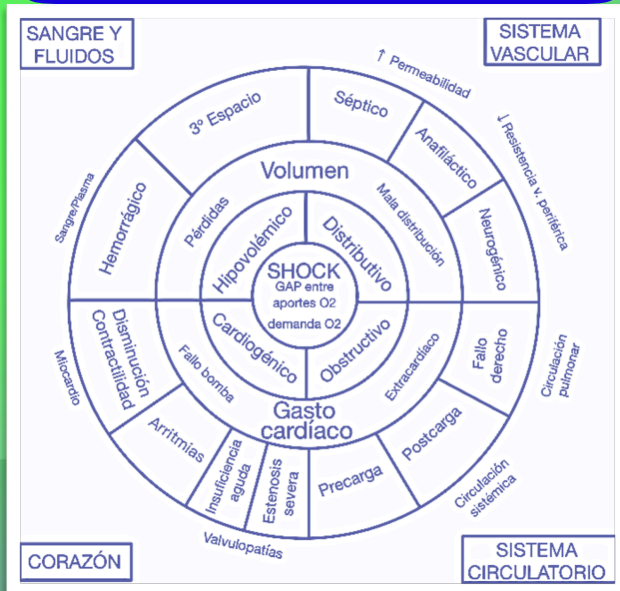


IDENTIFICANDO EL SHOCK

ANAMNESIS

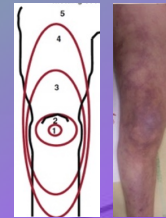


RED FLAGS EN EL SHOCK

1 piel



Cianosis o frialdad
Vasoconstricción
Livideces
Relleno Capilar > 2s



'Mottling score' (livideces)	Clasificación	Extensión livideces
0	Ausente	Piel normal
1	Leve	Tamaño moneda en centro de rótula
2	Moderado	Hasta borde superior rodilla
3	Grave	Hasta mitad muslo
4	Muy grave	Hasta raíz miembros

2 hemodinámica



- PAS <90 mmHg
- PAM: <65 mmHg o disminución de >40 mmHg basal
- Taquicardia



¡IMPORTANTE NO OLVIDAR!

Normotensión en hipertensos: IECA/ARAI, diuréticos
Ausencia de taquicardia: B-Bloqueantes o Antagonistas del Ca²⁺

3 sensorio



Alteración conductual, Obnubilación, Desorientación o Confusión

4 diuresis



Anuria u Oliguria (= Diuresis en SONDA VESICAL <0,5mL/h/kg /peso)

5 laboratorio



LACTATO >1,5 mmol/L (>18 mg/dL)
(hipoperfusión!!!; ojo descartar otras causas)

MANEJO INICIAL DEL SHOCK EN URGENCIAS

EN COLABORACION CON SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

MARIA TERESA CORREAS LÓPEZ
PILAR MORENO CIUDAD
PATRICIA RODRIGUEZ VILLAMIZAR
RAFAEL RUBIO DÍAZ



BIBLIOGRAFIA

- Vincent, J. L., & De Backer, D. (2013). Circulatory shock. *New England Journal of Medicine*, 369(18), 1726-1734.
- Standl, T., Anecke, T., Cascorbi, I., Heller, A. R., Sabashnikov, A., & Teske, W. (2018). The nomenclature, definition and distinction of types of shock. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(45), 757.
- Cecconi, M., De Backer, D., Antonelli, M., Beale, R., Bakker, J., Hofer, C., ... & Rhodes, A. (2014). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive care medicine*, 40, 1795-1815.
- Hariri, G., Joffre, J., Leblanc, G., Bonsey, M., Lavoie, J. P., Urbina, T., ... & Ait-oufella, H. (2019). Narrative review: clinical assessment of peripheral tissue perfusion in septic shock. *Annals of intensive care*, 9(1), 1-9.
- Cecconi, M., Evans, L., Levy, M., & Rhodes, A. (2018). Sepsis and septic shock. *The Lancet*, 392(10141), 75-87.



Alergias, AP médicos por aparatos
Fiebre / foco infeccioso, traumatismos
Fármacos y tóxicos, inmunosupresión
Hipercoagulabilidad / anticoagulación

A

Obstrucción, tiraje, habla entrecortada, cianosis

B

Taquipnea, desaturación, hipofonesis (NTX), ruidos respiratorios patológicos

C

hipoTA, hipovolemia, alteración FC, relleno capilar > 2s, lactato elevado, alt EKG, oliguria

D

Alt nivel de conciencia, agitación, pérdida de conciencia (disminución GCS)

E

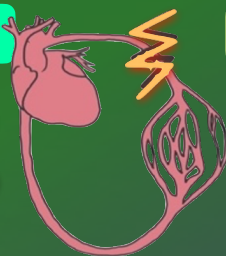
Palidez, frialdad, rubor, fiebre, dolor (localizado o generalizado)

TIPOS DE SHOCK y CONSIDERACIONES TERAPEÚTICAS

disminución del gasto cardíaco y alteración del transporte de O₂

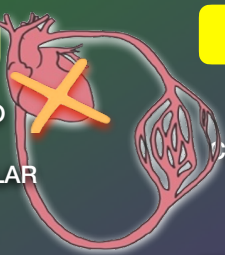
Hipovolemico

- ▼ VOLUMEN INTRAVASCULAR
- ▼ PRECARGA
- ▼ MICRO/MACRO CIRCULACIÓN



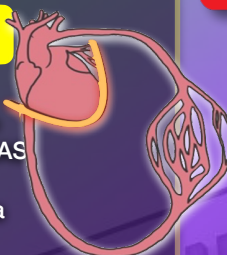
Cardiogénico

- ▼ GASTO CARDIACO
- ▼ FEVI (sistólica)
- ▼ LLENADO VENTRICULAR (diastólica)



Obstruccionivo

- OBSTRUCCIÓN GRANDES VASOS o AVIDAS CARDÍACAS
- Impide llenado y contracción cardíaca



Hipovolemia estricta (Deshidratación)
Hemorragia aguda



Monitorización invasiva
ECG, Rx tórax, ETT
Troponinas, NT-proBNP

TEP:

Dímero D + Troponinas + NT-proBNP
Angio-TAC
HBPM 1mg/kg/12h

ÍNDICE sPESI ▶

- Alteraciones ritmo cardíaco
- Taquicardia = CVE
- BAV = isoproterenol

sdm. coronario agudo (*triptico*). ▶

Taponamiento cardíaco (ETT, pericardiocentesis)
Neumotórax (Rx tórax, tubo de tórax)

Protocolo transfusión masiva



Tercer espacio (Grandes quemados, pancreatitis severas)
!!!control hemorragia; volumen!!!



aumento del gasto cardíaco y alteración de la extracción de O₂

Distributivo (▼ resistencias vasculares periféricas)

HIPOVOLEMIA RELATIVA POR DISTRIBUCIÓN PATOLÓGICA DEL VOLUMEN INTRAVASCULAR ABSOLUTO

SEPTICO

- SOSPECHA DX: qSOFA, NEWS
- MEDIDAS INICIALES
- EXTRACCIÓN MUESTRAS
 - Incluyendo LACTATO
 - HEMOCULTIVOS y CULTIVO DE FOCO antes de administrar ATB (si es posible)
- Antibioterapia AMPLIO ESPECTRO según foco
- FLUIDOTERAPIA 30mL/kg peso ideal 1ª hora
- VALORAR INICIO DE NORADRENALINA
 - 4 amp (10mg/10mL) en 250cc glu 5% @ 5mL/h

Tríptico SEPSIS ▶



ANAFILÁCTICO

- PRIORIZAR VÍA AÉREA
- OXIGENOTERAPIA (sat > 93%)
- ADRENALINA 0.01 mg/kg/im
- CURVA DE TRIPTASA (inmediata y basal mínimo)
- TTO ADYUVANTE
 - Salbutamol nebulizado
 - Dexclorfenilamina 5mg IV
 - Metilprednisolona 1mg/kg IV

Tríptico ANAFILAXIA ▶



ANTE SOSPECHA DX → UCI 26264
DX NO DEBE RETRASAR INICIO TTO
REEVALUACIÓN CONTÍNUA



OBJETIVOS

- RECONOCIMIENTO PRECOZ
- DETENER PROGRESIÓN
- TRATAMIENTO PRECOZ
- NORMOTERMIA
- PAM > 65 mmHg
- EVITAR HIPOXIA



MEDIDAS INICIALES

- MONITORIZACIÓN
 - TA cada 3-5 minutos
 - SATO2
 - Monitorización cardíaca
- 2 VÍAS PERIFÉRICAS
- SONDAJE VESICAL
- OXIGENOTERAPIA
- FLUIDOTERAPIA (*tríptico*)
- MUESTRAS DX →
- PRUEBAS DE IMAGEN
- VALORAR INICIO VASOPRESORES
- MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE SHOCK

- BQ
- FR, iones
- RFA, procalcitonina
- Perfil hepático
- Según sospecha dx
- Troponina
- D- dímero
- ORINA
- ORINA
- Tóxicos
- Sistemático
- HEMOGRAMA Y COAGULACIÓN
- P. CRUZADAS
- GA/GVx
- CULTIVOS

