

Guía Clínica Atención Urgente al Paciente en Shock

OBJETO: Establecer las actuaciones a seguir ante pacientes que acuden a Urgencias con síntomas/diagnóstico de shock.

ALCANCE: Pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias de HM Hospitales con síntomas de shock.

1. INTRODUCCIÓN. DEFINICIONES

- **Situación de insuficiencia circulatoria** potencialmente mortal, que genera un suministro inadecuado de oxígeno para satisfacer las necesidades metabólicas celulares y los requisitos de consumo de oxígeno, lo que produce hipoxia celular y tisular.
- El hecho fisiopatológico clave es la **hipoxia celular**. ésta puede ser debida a la reducción del suministro de oxígeno, al aumento del consumo de oxígeno, a la utilización inadecuada de oxígeno o a una combinación de estos procesos.
- Los efectos del shock son inicialmente reversibles, pero rápidamente se vuelven irreversibles, provocando un **fallo multiorgánico (fmo)** y la muerte.

https://www.uptodate.com/contents/definition-classification-etiology-and-pathophysiology-of-shock-in-adults?search=shock%20circulatorio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

2. OBJETIVOS

1. Identificación temprana del shock (urgencias y planta), del deterioro hemodinámico y del riesgo vital.
2. Identificación rápida del tipo de shock y sus causas.
3. Inicio temprano del tratamiento estabilizador (fluidoterapia)
4. Permanencia del paciente urgencias el menor tiempo posible (óptimo <2 horas, máximo 3 horas).
5. Agilización de la valoración por medicina intensiva.
6. Ingreso rápido en uci o quirófano cuando esté indicado.

3. TIPOS DE SHOCK

Según la causa desencadenante y el mecanismo fisiopatológico se distinguen **cuatro tipos** diferentes de shock.

1. **SHOCK DISTRIBUTIVO (Séptico, Anafiláctico, Tóxico, Neurogénico)**
2. **SHOCK CARDIOGÉNICO (IAM, Arritmias, Miocarditis, Miocardiopatías)**
3. **SHOCK HIPOVOLÉMICO (Hemorragia, Deshidratación, Tercer espacio)**
4. **SHOCK OBSTRUCTIVO (Taponamiento, Neumotórax, TEP, HTP aguda)**
5. **MIXTO: comparte varias causas y mecanismos.**

**IDENTIFICAR CORRECTAMENTE EL TIPO Y LA CAUSA DEL SHOCK
TIENE IMPLICACIONES RELEVANTES PRONÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.**

4. IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO DE SHOCK

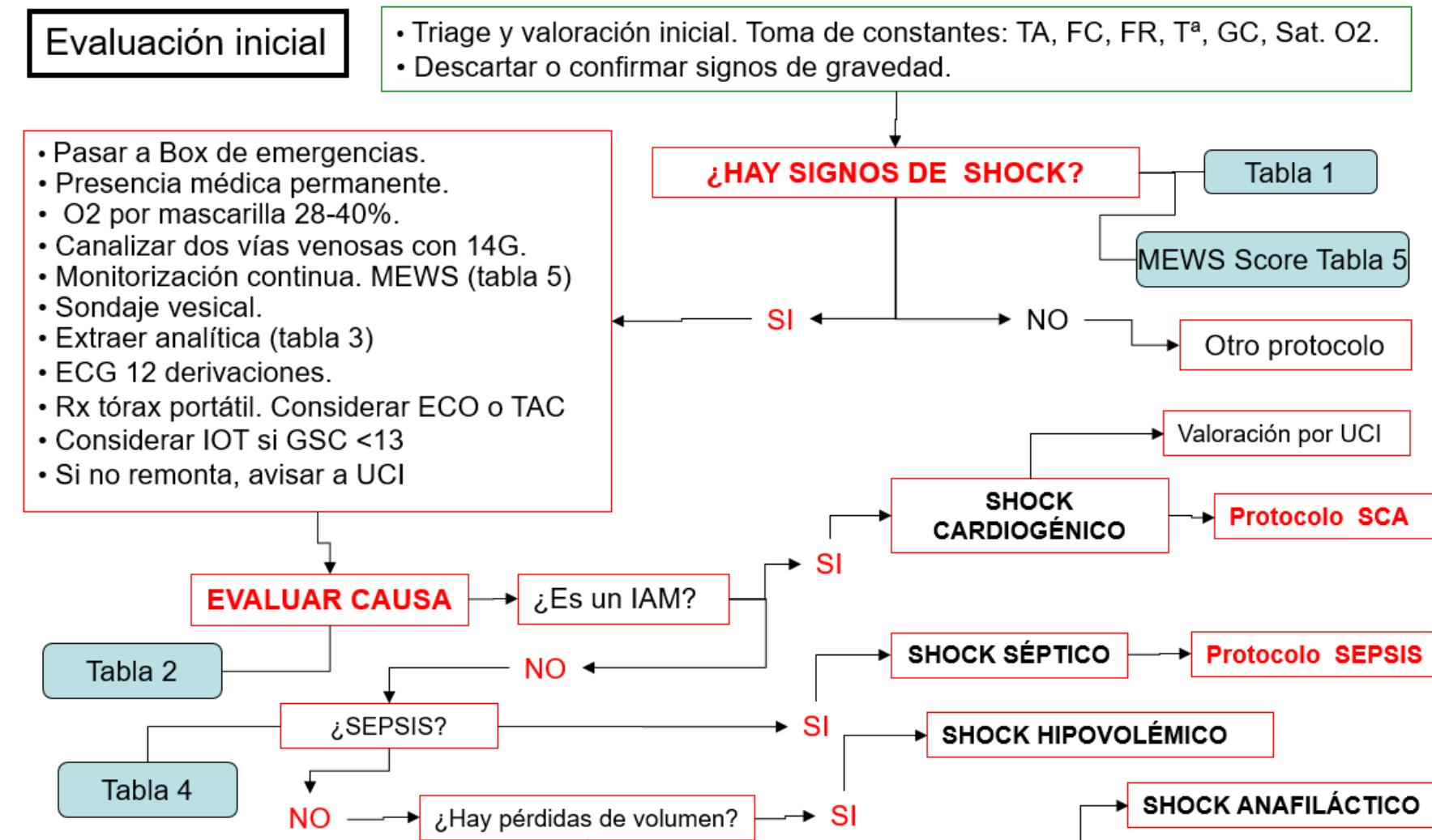
El diagnóstico de situación o estado de shock requiere la concurrencia de **tres tipos de criterios:**

- 1. SIGNOS CLÍNICOS (TABLA 1 – TABLA 5)**
- 2. SIGNOS HEMODINÁMICOS (TABLA 1 - TABLA 5).**
- 3. DATOS BIOQUÍMICOS (ACIDOSIS – LACTACIDEMIA)**

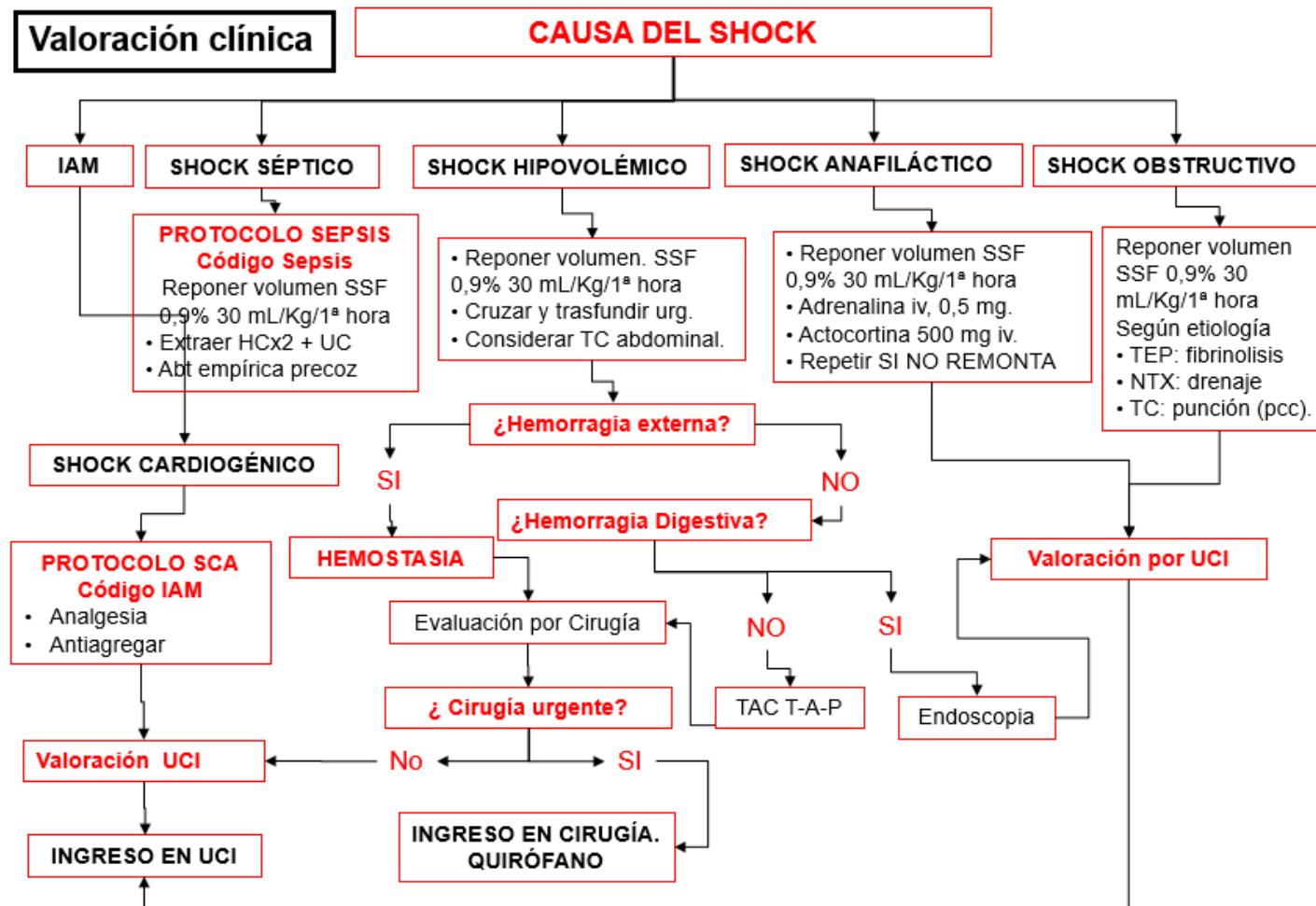
IMPORTANTE: NO TODA HIPOTENSIÓN O TODA TAQUICARDIA

IMPLICAN SHOCK

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON SHOCK



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL



TRATAMIENTO DE SOPORTE HEMODINÁMICO Y MANEJO INICIAL

Los tres pilares fundamentales en la reanimación del paciente en shock son:

- SOPORTE VENTILATORIO. SUPLEMENTAR O₂ SIEMPRE. VMASK 28-40%) PARA CONSEGUIR SAT O₂>90%
- APORTE DE VOLUMEN (Fluidoterapia).
 - CANALIZAR SIEMPRE DOS VVP con catéter grueso (14-16 G)
 - APORTAR SSF 0,9% 30 mL/Kg en la 1^a hora. Valorar respuesta (TA+FC) EXCEPTO EN SHOCK CARDIOGÉNICO O SOBRECARGA VOLUMEN.
- FÁRMACOS VASOACTIVOS: EN UCI.
- EN CASO DE SHOCK SÉPTICO: ANTIBIOTERAPIA TEMPRANA.
- CORTICOIDES: SOLO EN CASO DE CRISIS ADRENAL.
- SI NEUMOTÓRAX A TENSION: DRENAJE TORÁCICO INMEDIATO.
- SI TAPONAMIENTO PERICÁRDICO: PERICARDIOCENTESIS.

Nota: VVP: vías venosas periféricas. SSF: suero salino fisiológico.

Tabla 1

SIGNOS DE SHOCK / INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

- **HIPOTENSIÓN** (TAs <90 mmHg; TAm< 60 mmHg; caída TAS > 40 mmHg).
- **TAQUICARDIA** (FC>100).
- **TAQUIPNEA** (Frecuencia Respiratoria >20 rpm o pCO₂< 32 mmHg.)
- **MALA PERFUSIÓN PERIFÉRICA, VASOCONSTRICCIÓN** (palidez, piel fría, sudoración fría, relleno capilar lento (>2 segundos), lívedo).
- **OLIGURIA** (<0,5 mL/Kg/hora).
- **ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA:** Agitación, obnubilación.
- **ACIDOSIS METABÓLICA. LACTACIDEMIA** (> 2 mmol/L).

Se necesitan **al menos dos** de estos criterios para considerar el diagnóstico de Shock.

Tabla 2

ANAMNESIS BÁSICA (DEBEN CONSTAR SIEMPRE EN LA HC)

- ✓ **TIEMPO DE EVOLUCIÓN**
- ✓ **PRESENCIA O AUSENCIA DE:**
 - DOLOR TORÁCICO
 - DISNEA
 - PALPITACIONES – ARRITMIA
 - DOLOR ABDOMINAL
 - FIEBRE
 - FOCOS INFECCIOSOS (RESPIRATORIO, ABDOMEN, ORINA, PPB...)
 - HEMORRAGIAS.
 - TRAUMATISMO RECENTE
 - MEDICACIÓN
 - SI HAY ANAFILAXIA, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS RECIENTES
- ✓ **CAUSA DESENCADENANTE (SI SE CONOCE)**

ALTERACIONES HEMODINÁMICAS SEGÚN EL TIPO DE SHOCK

	GC	RVS	PVC	PCP	PAP	SvO ₂
Cardiogénico	↓	↑	↑ (VD)	(VI)	↑	↓
Hipovolémico	↓	N / ↑	↓	↓	↓	↓
Obstructivo	↓	N / ↑	↑	N / ↑	↑	↓
Distributivo	↑	↓	↓	↓	N / ↓	N / ↑

GC: gasto cardíaco; N: normal; PAP: presión arterial pulmonar; PCP: presión capilar pulmonar; PVC: presión venosa central; RVS: resistencias vasculares sistémicas; SvO₂ saturación venosa mixta de oxígeno; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

Tomado de: Manual 12 de octubre.

https://profesionales.msd.es/medicos/recursos_profesionales/manual-12-de-octubre/03-shock.xhtml

Tabla 3

ANALÍTICA A SOLICITAR

- HEMOGRAMA.
- BIOQUÍMICA BÁSICA (Glucosa, Urea, Creatinina, Iones, Bilirrubina, GOT/GPT, Lactato).
- BIOQUÍMICA ESPECÍFICA: TROPONINA si dolor torácico.
- BIOQUÍMICA ESPECÍFICA: AMILASA si dolor abdominal.
- COAGULACIÓN (PT, TTP, INR).
- DÍMERO D (SI HAY SOSPECHA DE CID)
- GASOMETRÍA VENOSA (ARTERIAL SI SAT O₂ < 95%)
- ORINA: SISTEMÁTICO. IONES EN ORINA.
- HEMOCULTIVOS Y UROCULTIVO SI SEPSIS.
- PRUEBAS CRUZADAS Y RESERVAR SI HEMORRAGIA ACTIVA

Tabla 4

CÁLCULO DEL qSOFA SCORE PARA SEPSIS	
ÍTEM A VALORAR	PUNTOS
FRECUENCIA RESPIRATORIA >=22 rpm	1
TA SISTÓLICA <100 mmHg	1
GLASGOW CS <15	1

	1	2	3	4
pAo2 / FiO2	< 400	< 300	< 200	< 100
Plaquetas	< 150.000	< 100.000	< 50.000	< 20.000
Bilirrubina (mg/dl)	1,2 - 1,9	2 - 5,9	6 - 11,9	>=12
T/A	< 70	Dopa-dobuta < 5	Dopa > 5	Dopa > 15
GCS	>=13	10 - 12	6 - 9	< 5
Creatinina (mg/dl)	1,2 - 1,9	2 - 3,4	3,5 - 4,9	>5

Tabla 5

ESCALA MEWS DE DETERIORO CLÍNICO EN SHOCK

PARÁMETRO	3	2	1	0	1	2	3
TA SISTÓLICA (mmHg)	<70	71 - 80	81 - 100	101 - 199	-	>=200	-
FRECUENCIA CARDIACA (lpm)	-	<40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	>=130
FRECUENCIA RESPIRATORIA (rpm)	-	<9	-	9 - 14	15 - 20	21 - 29	>=30
TEMPERATURA (°C)	-	<35		35 - 38,4		>=38,5	
NIVEL CONCIENCIA (AVDI)				Alerta	Voz	Dolor	Insensible

PUNTOS	RIESGO
0 - 1	NULO - BAJO
2 - 3	BAJO - MEDIO
4 - 5	MEDIO
>=6	ALTO

Tabla 6

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DISMINUCIÓN DE LA VOLEMIA

- PERDIDAS DE SANGRE
- HEMORRAGIAS EXTERNAS: HERIDAS, POLITRAUMATISMOS, VARICORRAGIA
- HEMORRAGIAS INTERNAS: HDA ALTA O BAJA. HEMOPERITONEO. HEMOTÓRAX
- PÉRDIDA DE VOLUMEN PLASMÁTICO (TERCER ESPACIO)
- GRANDES QUEMADURAS
- PERITONITIS AGUDA
- AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD CAPILAR (SEPSIS)
- PÉRDIDA DE AGUA Y ELECTROLITOS (POLIURIA, DIURESIS OSMÓTICA)
- DIAFORESIS INTENSA (FIEBRE ELEVADA, EJERCICIO).
- VÓMITOS
- DIARREA ACUOSA PROFUSA
- USO INTENSIVO DE DIURÉTICOS

Tabla 7

SÍNTOMAS Y SIGNOS SUGESTIVOS DE ANAFILAXIA

- TOMA RECIENTE DE MEDICAMENTOS
- INGESTA DE ALIMENTOS SOSPECHOSOS (frutos secos, marisco, pescado, frutas)
- USO RECIENTE DE CONTRASTES YODADOS
- MAL ESTADO GENERAL CON ERUPCIÓN CUTÁNEA. URTICARIA. PRURITO.
- EDEMA DE ÚVULA. ANGIOEDEMA (DISFAGIA, DISNEA, ESTRIDOR)
- BRONCOESPASMO (DISNEA, SIBILANCIAS, CIANOSIS)
- DIARREA, VÓMITOS, DOLOR ABDOMINAL