

SHOCK & VASOPRESORES

El shock se caracteriza por la perfusión inadecuada de órganos vitales y la inadecuada oferta distal de oxígeno que pone en riesgo la vida.

Presión arterial media (PAM) = Gasto cardíaco (VM) * resistencia vascular periférica (RVP)

Tipo de shock	Ejemplo	VM	RVP	Otros hallazgos
<i>Distributivo</i>	Sepsis Anafilaxia SIRS, inflamación Insuficiencia adrenal	Aumentado	Disminuidas	Piel caliente, impresiona adecuadamente perfundido
<i>Cardiogénico</i>	Infarto Miocarditis	Disminuido	Aumentadas	Piel fría, edema pulmonar, elevación de PVC, escasa diuresis
<i>Hipovolémico</i>	Hemorragia Diuresis osmótica Pérdidas intestinales	Disminuido	Aumentadas	Piel fría, escasa diuresis, baja PVC
<i>Obstructivo</i>	Embolia pulmonar Taponamiento cardíaco Neumotórax a tensión	Disminuido	Aumentadas	Piel fría, elevación de PVC, escasa diuresis

Cómo identificar el SHOCK

Examinar ABC y vitales frecuentemente. Examinación física y técnicas complementarias para detectar causa y severidad:

- Neuro: nivel de consciencia y escala de Glasgow
- Vía aérea: angioedema, estridor, desviación traqueal
- Cardiovascular: PVC, temperatura periférica y livideces
- Respiratorio: entrada de aire, sibilancias, crepitantes
- Gastro: determinar output urinario. Insertar catéter urinario
- Temperatura!

Investigaciones:

- Hemograma, electrolitos, creatinina, enzimas hepáticas, gases arteriales o venosos, lactato, troponina
- Radiografía de tórax
- ECG
- Ultrasonido POCUS de ser posible

Principios de manejo del SHOCK

1. Tratamiento de la causa subyacente

- Descartar patologías que requieran intervención inmediata: STEMI, NSTEMI, hemorragia, embolismo de pulmón, anafilaxia
- Si diagnóstico no claro, administrar antibióticos empíricamente

2. Fluidos

- Intento de resucitación con fluidos a menos que shock cardiogénico altamente probable
- Prueba con Ringer Lactato 500 ml y evaluar respuesta inmediatamente

VASOPRESORES

Vasopresor	Mecanismo de acción	Uso principal	Dosis usual	En caso de emergencia todos se pueden administrar por vía periférica.
Noradrenalina	$\alpha \gg \beta$	Primera línea. Combinar con inotrópicos en shock cardiogénico	Típicamente 2-40 mcg/min	Considerar vía intraósea en caso de urgencia.
Fenilefrina	α	Primera línea para usar en bolo. MUY ÚTIL durante intubación.	100 mcg en bolo, cada vez	
Adrenalina	$\alpha = \beta$	En bolo o infusión. Primera línea para anafilaxia. Tercera línea para sepsis. De rescate en cualquier escenario.	Típicamente 2-20 mcg/min Anafilaxia: 0.5 mg IM.	No hay dosis máximas para nor/adrenalina
Vasopresina	V1, V2	Segunda línea en sepsis.	Típicamente 1.2 – 2.4 U / hora	
Dopamina	A dosis creciente, DA > $\beta > \alpha$	En general, evitar su uso de ser posible. La dosificación renal NO modifica eventos clínicamente relevantes.	Típicamente 5-20 mcg/Kg/min	