



UDS
Mi Universidad

Medicina Humana

8° Semestre

Dr. José Daniel Estrada Morales

Urgencias Médicas

Unidad I

Estados de choque

Judith Anahí Díaz Gómez

San Cristóbal De Las Casas Chiapas, A 07 De Marzo Del 2025.

CHOQUE HIPOVOLEMICO

Disminución del contenido vascular, ya sea por pérdidas o por acumulación de líquido en un tercer espacio. Las causas más frecuentes son; hemorragia, vómitos, diarrea y quemaduras.

Clínica General

Palidez

Frialdad de piel

Sudoración profusa

Taquipneico

Quejoso

Pulso rápido y filiforme

Criterios Diagnósticos

Apariencia de enfermedad o estado mental alterado.

Frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min.

Frecuencia respiratoria superior a 22 rpm o PaCO₂ inferior a 32 mmHg.

Déficit de bases en sangre arterial inferior a -5 mEq/l o incremento de lactato superior a 4 mmol/l.

Diuresis inferior a 0,5 ml/kg/h.

Hipotensión arterial de más de 20 mmHg de duración.

Diagnostico Etiológico

Hematemesis, melenas, vómitos, diarrea y dolor abdominal.

Traumatismo cerrado o penetrante, o tratarse de un paciente posquirúrgico.

Inducido por hemorragia:

Traumatismo penetrante o cerrado, hemorragia digestiva alta o baja, pancreatitis hemorrágica, fracturas, rotura aórtica.

Inducido por pérdida de fluidos:

Diarrea, vómitos, quemaduras, tercer espacio (postoperatorio, obstrucción intestinal, pancreatitis, cirrosis), golpe de calor.

Exploraciones complementarias

Glucemia y análisis de orina mediante tira reactiva.

Gasometría arterial o venosa.

Hematocrito

Electrocardiograma

Si existe acidosis metabólica, se determina la concentración sérica de lactato.

Marcadores de sepsis

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.

Bioquímica sanguínea

Estudio de coagulación

Hemocultivo

Tratamiento específico

Es preferible la noradrenalina a la dopamina por la menor incidencia de arritmias y menor mortalidad.

CHOQUE DISTRIBUTIVO

Alteración entre el continente y el contenido vasculares por vasodilatación (piel caliente). Las causas más frecuentes son el shock séptico, el anafiláctico y el neurogénico. No hay que olvidar que el dolor también puede provocarlo.

Clínica General

Palidez

Frialdad de piel

Sudoración profusa

Taquipneico

Quejoso

Pulso rápido y filiforme

Criterios Diagnósticos

Apariencia de enfermedad o estado mental alterado.

Frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min.

Frecuencia respiratoria superior a 22 rpm o PaCO₂ inferior a 32 mmHg.

Déficit de bases en sangre arterial inferior a -5 mEq/l o incremento de lactato superior a 4 mmol/l.

Diuresis inferior a 0,5 ml/kg/h.

Hipotensión arterial de más de 20 mmHg de duración.

Diagnostico Etiológico

Disnea

Tos

Habones urticariales (anafilaxia).

Disuria

Hematuria

Escalofríos

Mialgias

Fiebre o Leucocitos (sepsis).

Exploraciones complementarias

Glucemia y análisis de orina mediante tira reactiva.

Gasometría arterial o venosa.

Hematocrito

Electrocardiograma

Si existe acidosis metabólica, se determina la concentración sérica de lactato.

Marcadores de sepsis

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.

Bioquímica sanguínea

Estudio de coagulación

Hemocultivo

Tratamiento específico

Administración de cargas de volumen con suero fisiológico y de fármacos vasopresores.

La noradrenalina es la de elección.

Si persiste la hipotensión durante más de 1 h, se recomienda la administración de corticoides, como hidrocortisona.

CHOQUE ANAFILÁCTICO

Es una condición médica crítica caracterizada por una disminución repentina y grave del volumen sanguíneo circulante. Esta reducción puede ser causada por una pérdida de sangre, ya sea externa o interna, o por la pérdida de otros fluidos corporales, como puede ocurrir en casos de quemaduras graves, vómitos o diarrea severa.

Clínica

Malestar profundo (con sensación de muerte inminente).

Rinitis

Conjuntivitis aguda (estornudo, rinorrea, congestión nasal, lagrimeo).

Prurito y eritema generalizado.

Urticaria y angioedema

Edema laríngeo

Broncoespasmo, taquicardia, arritmias e hipotensión,

La causa más frecuente de muerte es la obstrucción respiratoria y luego la hipotensión.

Criterios Diagnósticos

Apariencia de enfermedad o estado mental alterado.

Frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min.

Frecuencia respiratoria superior a 22 rpm o PaCO₂ inferior a 32 mmHg.

Déficit de bases en sangre arterial inferior a -5 mEq/l o incremento de lactato superior a 4 mmol/l.

Diuresis inferior a 0,5 ml/kg/h.

Hipotensión arterial de más de 20 mmHg de duración.

Diagnostico Etiológico

Tonos cardiacos apagados

Ingurgitación yugular

Silencio auscultatorio.

Tráquea desviada

Exploraciones complementarias

Glucemia y análisis de orina mediante tira reactiva.

Gasometría arterial o venosa.

Hematocrito

Electrocardiograma

Si existe acidosis metabólica, se determina la concentración sérica de lactato.

Marcadores de sepsis

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.

Bioquímica sanguínea

Estudio de coagulación

Hemocultivo

Tratamiento específico

Laringoscopia

Adrenalina

CHOQUE OBSTRUCTIVO

Es consecuencia de un fallo miocárdico extrínseco. La tromboembolia pulmonar, el taponamiento cardíaco y el neumotórax a tensión son las causas más representativas de este tipo de shock.

Clínica General

Palidez

Frialdad de piel

Sudoración profusa

Taquipneico

Quejoso

Pulso rápido y filiforme

Criterios Diagnósticos

Apariencia de enfermedad o estado mental alterado.

Frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min.

Frecuencia respiratoria superior a 22 rpm o PaCO₂ inferior a 32 mmHg.

Déficit de bases en sangre arterial inferior a -5 mEq/l o incremento de lactato superior a 4 mmol/l.

Diuresis inferior a 0,5 ml/kg/h.

Hipotensión arterial de más de 20 mmHg de duración.

Diagnostico Etiológico

Tonos cardíacos apagados o ausentes.

Ingurgitación yugular.

Existencia de taponamiento cardíaco.

Si hay neumotórax a tensión, existe un silencio auscultatorio, desviación de la tráquea al lado contrario y enfisema subcutáneo.

Exploraciones complementarias

Glucemia y análisis de orina mediante tira reactiva.

Gasometría arterial o venosa.

Hematocrito

Electrocardiograma

Si existe acidosis metabólica, se determina la concentración sérica de lactato.

Marcadores de sepsis

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.

Estudio de coagulación

Bioquímica sanguínea

Hemocultivo

Tratamiento específico

Pericardiocentesis

Toracocentesis

Trombolítico

CHOQUE CARDIOGÉNICO

Secundario a la existencia de un fallo miocárdico intrínseco. Sus causas más frecuentes son el infarto agudo de miocardio (IAM), la miocarditis, la insuficiencia valvular aguda y las arritmias.

Clínica General

Palidez

Frialdad de piel

Sudoración profusa

Taquipneico

Quejoso

Pulso rápido y filiforme

Criterios Diagnósticos

Apariencia de enfermedad o estado mental alterado.

Frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min.

Frecuencia respiratoria superior a 22 rpm o PaCO₂ inferior a 32 mmHg.

Déficit de bases en sangre arterial inferior a -5 mEq/l o incremento de lactato superior a 4 mmol/l.

Diuresis inferior a 0,5 ml/kg/h.

Hipotensión arterial de más de 20 mmHg de duración.

Diagnostico Etiológico

Disnea

Dolor torácico o palpitaciones.

Soplos o tonos arrítmicos.

Ingurgitación yugular y la PVC está aumentada.

Exploraciones complementarias

Glucemia y análisis de orina mediante tira reactiva.

Gasometría arterial o venosa.

Hematocrito

Electrocardiograma

Si existe acidosis metabólica, se determina la concentración sérica de lactato.

Marcadores de sepsis

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.

Bioquímica sanguínea

Estudio de coagulación

Hemocultivo

Tratamiento específico

La administración de cargas de volumen, están contraindicadas.

Al tratamiento vasopresor es preferible la noradrenalina a la dopamina por la menor incidencia de arritmias y menor mortalidad.

Bibliografía:

- Medicina de Urgencias y Emergencias. Jiménez Murillo 5a_booksmedicos.org.pdf
Cap. 16
- Manual Práctico de Urgencias - Fernandez.pdf
Pág. 60-64