



# SHOCK PEDIÁTRICO EN URGENCIAS: ¿ES TAN POCO FRECUENTE?



A. Ibiricu Lecumberri, M. Kortabarría Elguero, S. Chica Martínez, I. Amich Alemany, D. Viguera Elías, B. Riaño Méndez. Servicio de Pediatría, Hospital San Pedro, Logroño.

	EDAD	AP	SIGNOS	CONSTANTES	DIAGNÓSTICO
<b>CASO 1</b>	2 años	Sin interés	Pupilas midriáticas Glasgow <8	TA 127/69 FC 59 lpm	Shock neurogénico compensado por hematoma subdural agudo e hipertensión intracraneal.
<b>CASO 2</b>	12 años	Portadora de prótesis valvular cardiaca	Deshidratación Mala perfusión periférica	TA 100/56 FC 103 lpm	Shock séptico compensado por endocarditis por S. Aureus sobre prótesis.
<b>CASO 3</b>	48 horas	Sin interés	Coloración cetrina Mala perfusión periférica	TA 80/40 FC 85	Shock metabólico compensado por causa no filiada
<b>CASO 4</b>	4 años	Amigdalectomía reciente	Pálida Ojerosa Decaimiento	TA 140/80. FC 153 lpm	Shock hipovolémico compensado por sangrado post quirúrgico.
<b>CASO 5</b>	2 años	Gripe B días previos	Afebril Palidez Mala perfusión periférica	TA 110/70. FC 157 lpm	Shock cardiogénico compensado por miocarditis aguda y derrame pericárdico.

## CONCLUSIONES:

- Importancia del diagnóstico precoz del shock basándonos en la hipoperfusión y la apariencia, para su manejo oportuno según su etiología.
- La estabilidad de las constantes, la normotensión, no excluye el diagnóstico de shock ya que puede ser compensado. La hipotensión es signo de fallo de los mecanismos compensatorios.