



Mi Universidad

SÚPER NOTA

NOMBRE DEL ALUMNO: Mauricio de Jesús Aguilar Vázquez.

NOMBRE DEL TEMA: Shock cardiogénico

NOMBRE DE LA MATERIA: Enfermería clínica II.

NOMBRE DE LA PROFESORA: María José Hernández.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: Licenciatura en Enfermería (LEN).

CUATRIMESTRE: Quinto.

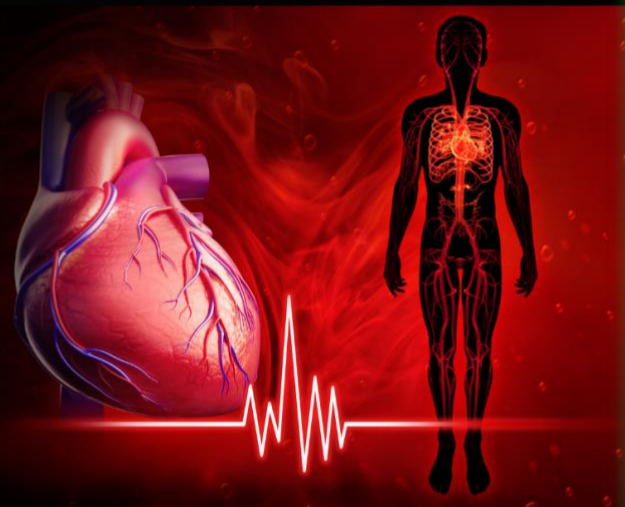
GRUPO: LEN10SSC0121-A

CHOQUE CARDIOGÉNICO

¿QUÉ ES?

El choque cardiogénico es la disminución del gasto cardiaco con evidencia de hipoperfusión tisular en presencia de volumen

SIAC



EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de choque cardiogénico es de 5 a 10% en los pacientes con infarto al miocardio, 74.5% de los pacientes tenía insuficiencia ventricular izquierda predominante, 8.3% insuficiencia mitral aguda, 4.5% rotura septal, 3.4% insuficiencia ventricular derecha aislada, 1.7% rotura cardiaca o taponamiento y 8% choque secundario a otras causas.

La localización del infarto es un factor predictivo para el desarrollo de choque cardiogénico ya que resulta más frecuente en infartos de localización anterior con 55%, inferior 46%, posterior 21% y en múltiples localizaciones 50%.

FISIOPATOLOGÍA

La zona con necrosis o isquemia genera disfunción miocárdica que a su vez condiciona mayor isquemia y agrava la disfunción, al tiempo de crear una espiral que puede llevar al enfermo a la muerte.

La respuesta inflamatoria sistémica juega un papel fisiopatológico importante que se manifiesta por taquicardia, taquipnea, fiebre, leucocitosis, elevación de la proteína C reactiva (PCR), complemento e interleucinas.

En cuanto a la angiografía, se encuentra enfermedad trivascular en 58% de los enfermos con choque cardiogénico, bivascular en 28%, univascular en 20% y en el tronco de la coronaria izquierda (TCD) 29%.

TRATAMIENTO

MANEJO INICIAL

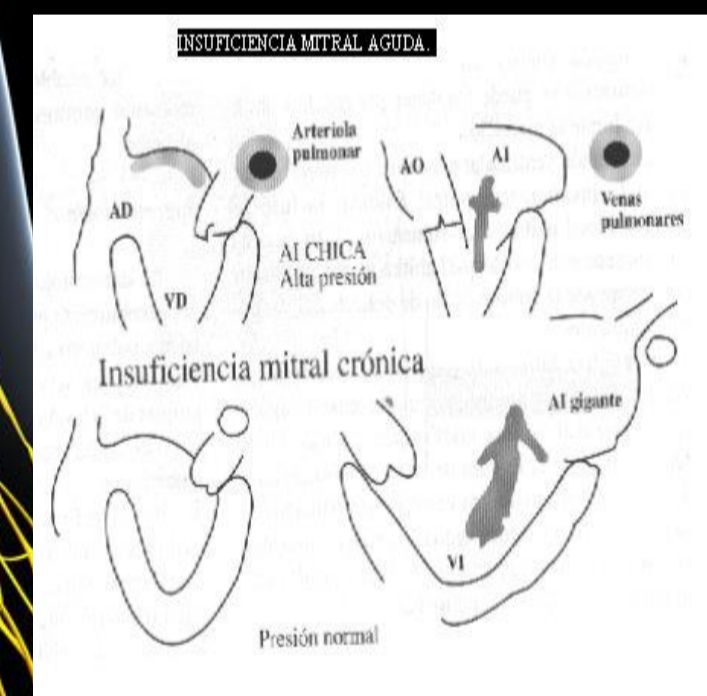
El tratamiento inicial en pacientes con choque cardiogénico debe incluir líquidos, a menos que exista edema pulmonar. Debe colocarse un acceso venoso central, línea arterial, sonda vesical y oximetría de pulso; por lo general, la intubación y ventilación mecánica asistida se requieren ya que disminuyen el trabajo respiratorio y el consumo de O₂.



SITUACIONES ESPECIALES

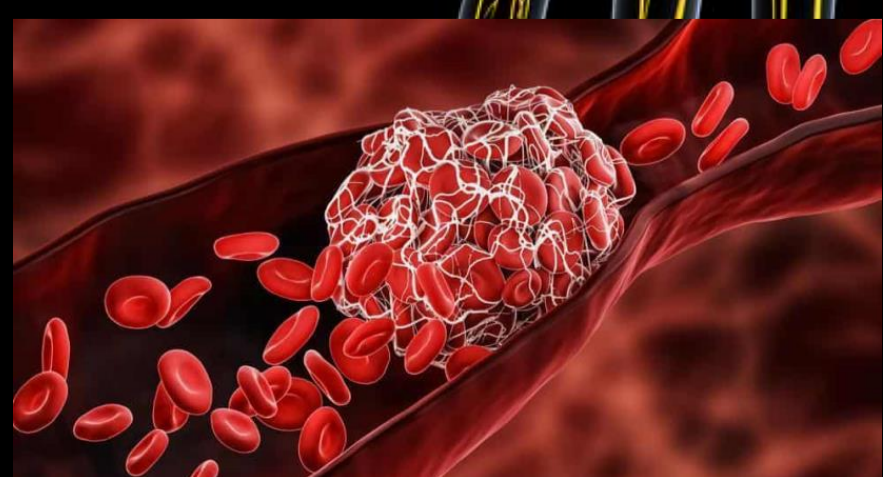
Insuficiencia mitral aguda

Por lo general la insuficiencia mitral aguda es secundaria al infarto inferior o a la isquemia del músculo papilar posterior. La rotura suele acontecer de dos a siete días después del infarto, y se presenta con un cataclismo clínico que se caracteriza por edema agudo pulmonar, hipotensión y choque cardiogénico.



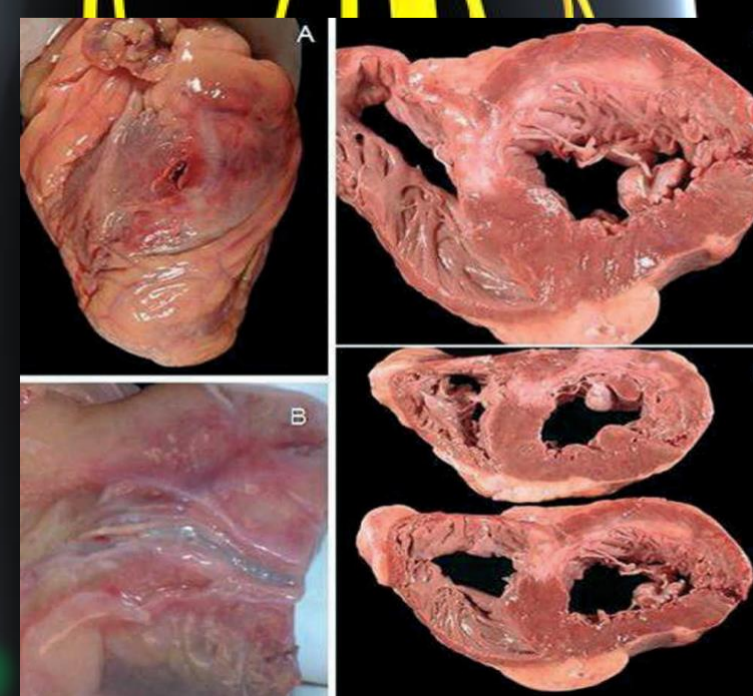
MEDICAMENTO

El uso de nitratos, betabloqueadores e IECA puede exacerbar la hipotensión, por lo que en general se evitan hasta que el paciente se estabiliza.



TROMBOLISIS

A mostrado consistentemente disminuir la mortalidad en pacientes con infarto del miocardio así como disminuir la incidencia de choque cardiogénico en la actualidad la evidencia es que la trombolisis no disminuye la mortalidad en pacientes con choque cardiogénico, excepto cuando se utiliza junto a BIAC, en donde parece mejorar la sobrevida.



Rotura Ventricular

La rotura ventricular en el tabique se presenta como un cuadro de insuficiencia cardiaca grave o choque, en donde se detecta un soplo o frémito holosistólico a nivel paraesternal y, al igual que la insuficiencia mitral, presenta ondas v gigantes.

Bibliografía

UDS. (s.f.). *Plataforma educativa UDS*. Recuperado el 06 de 02 de 2023, de Plataforma educativa UDS:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/c89aa9c6167750f750ff12374fdb20c8.pdf>