

**Editorial:** Hospital Metropolitano

**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303

**Edición:** Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre

**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/12-13>

**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/334>

**Pág:** 12-13

## Shock Carcinogénico en Urgencias

### MARCO TEÓRICO

El shock cardiogénico es un estado de hipoperfusión de órganos diana de gran agudeza, potencialmente complejo y hemodinámicamente diverso, que con frecuencia se asocia con insuficiencia orgánica multisistémica (Sean van Diepen 2017). Las tasas de mortalidad intrahospitalaria oscilan entre el 50% y el 60% y el tratamiento se centra en un diagnóstico rápido de choque cardiogénico, la restauración del flujo sanguíneo coronario mediante la revascularización temprana, el tratamiento de las complicaciones y el mantenimiento de la homeostasis del órgano terminal (Palak Shah 2014)

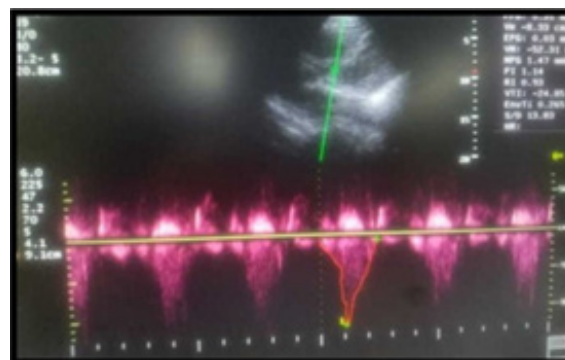
La reanimación inicial está dirigida a restaurar el gasto cardíaco y la perfusión tisular y el soporte circulatorio mecánico está indicado para pacientes con shock cardiogénico que no responden a la terapia farmacológica (Semhar Z Tewelde 2018).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 79 años de edad con enfermedad renal crónica en diálisis trisemanal, acude por presentar un cuadro caracterizado por disnea súbita, dolor precordial atípico y malestar general de 6 horas de evolución, a su ingreso se registra hipotensión marcada, además de hipoperfusión periférica: FC: 119 lpm; FR: 20 RPM; TA: 75/41 MMHG, a l examen físico destacó a la auscultación ruidos cardiacos hipofonéticos; ECG: FC 110 LPM; eje cardíaco: +30; ritmo no sinusal; RR irregular; se inicia administración de bolo de cristaloides 1000 cc con lo que no mejora su hemodinamia, se inicia de vasopresor por hipotensión a base de drogas inotrópicas y vasopresoras (dopa mina 15mcg/kg/min · dobutamina 10mcg/kg/min) TAM objetivo 70 mmhg, paciente con prioridad de ingreso a UTI: 1

**Tabla 1.** Ecocardiograma

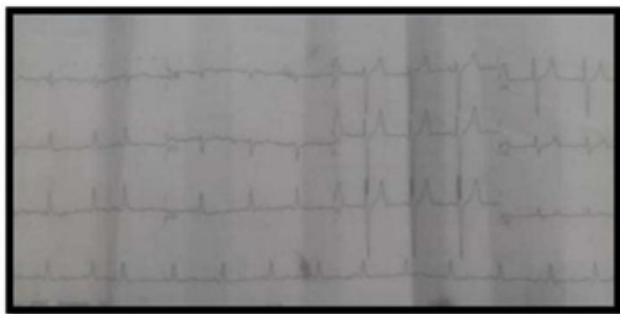
06/11/2020
Hipertrofia miocárdica concéntrica por probable cardiopatía hipertensiva.
Disfunción diastólica grado 1 con pd2v l normal.
Insuficiencia tricuspidea moderada.
Derrame pericárdico ligero.



**Figura 1.** Ecocardiograma

**Tabla 2.**

06/11/2020			
Troponina	174.3	Glucosa	101
CK-MB	2.93	NA / K / CL	137/4/97
Leucocitos / Segmentados	6770 / 56.9%	Urea	71.7
Hemoglobina	9.9	Creatinina	4.2
Hematocrito	30.5	TTP TP	31.6 14.8
Plaquetas	129000	PH/ PC02/ P02/ HC03/ S02/ EB I LACTATO.	7.43/ 29.5/ 75.3/ 19.2./ 95.2%/ .4.7/6.



**Figura 2.**

## DISCUSIÓN

La revascularización, los inotrópicos y vasodilatadores son potentes terapias médicas para ayudar al corazón que falla, el soporte circulatorio mecánico está indicado para pacientes con shock cardiogénico que no responden a la terapia farmacológica (Krishnaraj S Rathod 12019)

En este caso podemos evaluar la falla cardíaca aguda que puede estar asociada a su patología de base la insuficiencia renal crónica, resulta de vital importancia establecer el diagnóstico de manera temprana y lograr comprender los diagnósticos diferenciales para brindar un tratamiento oportuno, especialmente en pacientes con existencia de compromiso hemodinámico importante.

## CONCLUSIONES

El tratamiento de estos pacientes implica comprender la trayectoria de la afección y tomar decisiones complejas con respecto a la selección adecuada de terapias médicas y de dispositivos, la revascularización temprana, los vasopresores y los inotrópicos, los líquidos, el soporte circulatorio mecánico y las medidas generales deben ser individualizados para cada paciente.

La reserva contráctil, capacidad de respuesta a los líquidos, oxigenación tisular e interacciones cardiopulmonares pueden ayudar a personalizar el manejo del choque cardiogénico. Según Connor

O'Brien en 2018 destaca las limitaciones del uso de lactato para adaptar la terapia en el shock cardiogénico ya que menudo se equipará con hipoxia, y otros factores que pueden contribuir a un nivel elevado de lactato, incluida la disfunción mitocondrial, el aclaramiento hepático y renal alterado, y esto es de vital importancia a tener en cuenta en pacientes con situación hemodinámica inestable.


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Bautista, Paola.** Fibrilación Auricular. México: Intersistemas, S.A. de C.V, 2013.
2. **Eduardo Vázquez, Carmen Sánchez.** «FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS PACIENTES EN DIÁLISIS: PREVALENCIA, IMPLICACIONES Y TERAPIA ANTITROMBÓ.» *revistanefrología*, 2006: 1-2.
3. **Harpreet S Bhatia, Jonathan C Hsu, Robert Kim.** «Atrial fibrillation and chronic kidney disease: A review of options for therapeutic anticoagulation to reduce thromboembolic risk» *Clin Cardiol*, 2018: 2-15.
4. **Krishnaraj S Rathod, Alexander Sirker, Andreas Baumbach, Anthony M athur, Daniel A Jones.** «Management of cardiogenic shock in patients with acute coronary syndromes.» *Br j Hosp Med*, 2019: 50-60.
5. **Palak Shah, Jennifer A Cowger.** «Shock cardiogénico.» *CritCare Clin*, 2014: 2-10.
6. **Sean van Diepen, Jasan N Katz, Nancy M Albert, Timothy D Henry, Alice K Jacobs, Navin K Kapur, Ahmet Kilic, Venu Menan, E Magnus Ohman, Nancy K Sweitzer, Holger Thiele, Jeffrey B Washam, Mauricio G Cohen.** «Contemporary Management of Cardiogenic Shock: A Scientific Statement From the American Heart Association.» *Circulation*, 2017: 30-45.
7. **Semhar Z Tewelde, Stanley S Liu, Michael E. Winters.** «Shock cardiogénico.» *Cardiol Clin*, 2018: 20-35.

**Javier Sandoval Lema<sup>1</sup>**

Médico Residente de Emergencias  
Quito, Ecuador


**Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín**

 <https://orcid.org/0000-0003-3750-2859>

**Melissa Martínez Ávila<sup>2</sup>**

Médico Residente de Emergencias  
Quito, Ecuador

**Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín**

 <https://orcid.org/0000-0003-1679-4426>