

Síndromes Agudos Cardiopulmonares

Dr. Walter Hinojosa Campero*
* **Profesor Emérito UMSA**

Modalidad: Enseñanza Problemática.

Carga Horaria: 6 Hrs/ trabajo/Aula.

Material Didáctico: Data Show, Pizarra, Computadora, Acetatos y marcadores de agua, CD interactivo de arritmias.

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el tema, el alumno deberá comprender y conjuncionar la FSP básica, la clínica y el tratamiento de los trastornos del medio interno, hemodinámicos y cardiopulmonares agudos, como ser: la EBPOC descompensada, la Eritrocitosis Excesiva, la Insuficiencia Cardíaca y las Arritmias cardíacas sobre un fondo de naturaleza séptica, mediante el análisis lógico, integrado e inductivo de un caso clínico simulado.

OBJETIVOS TERMINALES

1. Identificar la FSP básica de la EBPOC, la Eritrocitosis Excesiva, la Insuficiencia Cardíaca, las Arritmias y la Sepsis.
2. Explicar el SRIS y el CARS.
3. Determinar la conjunción del sistema cardiopulmonar, como un componente único fisiológico.
4. Enunciar la clasificación actual de las Eritrocitosis, Arritmias y la IC.
5. Correlacionar la EBPOC, el S. de Solapamiento y el S. de Sleep Apnea.
6. Describir la naturaleza molecular de las Insuficiencias Cardíacas.
7. Detallar la clínica de las entidades mencionadas.
8. Esquematizar y diagramar flujogramas de conducta terapéutica para cada caso.
9. Diagnosticar las arritmias supraventriculares y ventriculares, mediante programas computarizados del ACLS.
10. Establecer el tratamiento farmacológico respectivo, mediante el análisis fisiopatológico y la pertinencia de la farmacología clínica.

CASO CLÍNICO

En una fría mañana de invierno, con un cielo azul, que sólo es posible apreciarse en nuestra amada ciudad, a 3.600 mts. s.n.m., ud. admite en su Servicio a un sujeto varón de 72 años de edad, natural de La Paz, traído por sus familiares, quien se queja de malestar general, astenia, adinamia y tos productiva, además de presentar dolor súbito en el costado derecho de su tórax, desde el día de ayer en hrs de la mañana, luego de haber realizado labores un tanto pesadas para su edad, en el domicilio del paciente. El mencionado paciente, cuenta con

antecedentes de sufrir Hiperuricemia y "poliglobulia" desde la década de los 90s, artralgia y polimialgias, además de ser tosedor crónico por espacio de varios años, con episodios de exacerbación en los meses de Invierno, sufriendo de insomnio desde el año 2004 a la fecha, para lo cual le recetaron un benzodiazepínico, con lo cual logra un mayor número de horas de sueño, sin embargo, por lo general, se levanta cansado y con cefaleas persistentes. Por otra parte, refiere que ha dejado el consumo de tabaco, (20 cigarrillos día) desde el año 2001, debido a que lo limitaba en sus actividades cotidianas y la presencia de palpitaciones que le ocasionaban

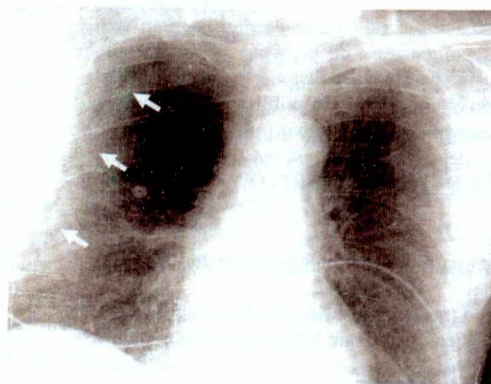


Figura 1.

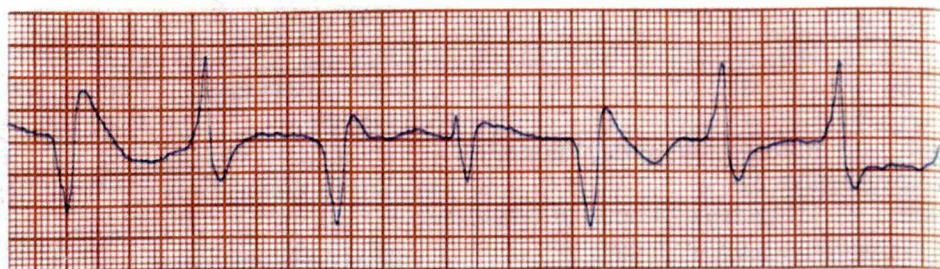


Figura 2

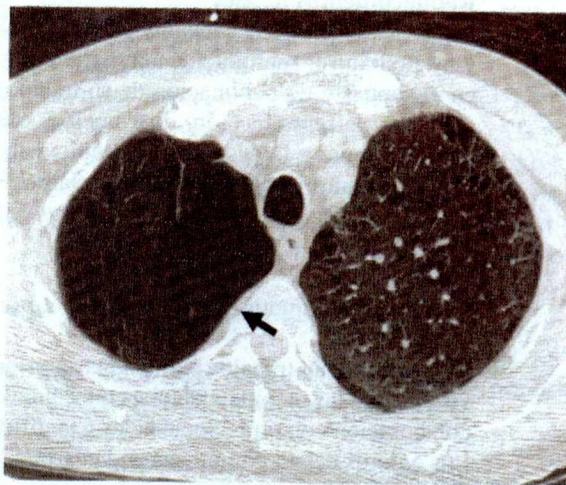


Figura 3

desequilibrio y que cedían con el reposo. Al examen físico, PA: S: 150, D: 100, en DD, no varia en posición sentada, FC: no mensurable a la palpación, irregular, FR: 32, T: 38.5°C. SAT: 75%. Peso: 80 Kg. Talla: 1.79 mts. Cintura: 104 cms. Lúcido y conciente, es posible apreciar una fascies abotagada con cianosis central y periférica. La estetoacústica cardiopulmonar revela: Un soplo en foco pulmonar holodistólico in decreciente, 3/6, de frecuencia e intensidad moderada, que se acompaña de un S2P acentuado. A nivel de bases pulmonares crepitaciones muy finas ampliamente

diseminadas y algunas sibilancias, pero llama la atención el silencio pulmonar en ápice pulmonar derecho, con mayor amplexación del hemitórax izquierdo. Existe también un cierto grado de edema bimaleolar, caliente con signo de la Fovea positivo, pulsos en los 4 miembros presentes, de cualidades no relevantes. Existe cierto grado de hepatomegalia, palpable pero no dolorosa.

Ud. con criterio adecuado y siguiendo los protocolos de su Servicio, monitoriza al paciente (**Figura 1**) y solicita un EKG, así mismo ordena una placa PA de Torax (**Figura 2**) y laboratorios

de rutina.

Laboratorios de Admisión:

GR: 7.300.000, Hto: 68 %, Hb: 24 g/100 ml, GB: 10.000, C: 2% , N: 68%, E: 1%, B: 0%, M: 1%, Plaquetas: 260.000, Creatininemia: 1.6 mg/dl, NUS: 40 mg% Ácido Úrico: 0.52 mMol/L EGO: s/p

TP: 14s Actividad 90%, ASP: 120 UI/L, AAT: 160UI/L, LDH 45 UI/L PCR: 150 ug/L, Troponina T: negative, Colesterol:280 mg/dl, Triglicéridos: 200 mg/dl, Glucemia: 6 mMol, Glucemia en ayunas: 4.4 mMol

Electrolitos Séricos: Na: 148 mMol/L, K: 4.8 mMol/L, Cl: 100 mMol/L, Ca ionizado: 1.2 mMol/L, Mg: 3 mEq/L

Gases Arteriales: FIO₂: 0.21: pH: 7.52, PaO₂: 48 mmHg, PaCO₂: 21 mmHg, CO₃H : 17 mMol/L, BE: - 7 Sat: 78%

Luego de recibir la placa de tórax, ud. ordena una TAC de torax. (**Figura 3**)

Y realiza ipsofacto la interconsulta con cirugía torácica, para la colocación de un sello pleural.

CUESTIONARIO

1. ¿Cuál es su impresión clínica general y sindrómica del paciente?
2. ¿Qué significan los términos SRIS y CARS en el contexto del caso clínico?
3. ¿En cuánto a los exámenes de laboratorio, que hallazgos significativos propone Ud?
4. Describa los dxs tanto del EKG como de la placa de tórax.
5. ¿Qué medidas sugiere Ud. en cuanto a los hallazgos de Gabinete?
6. ¿Está de acuerdo con la colocación de un drenaje pleural para un supuesto neumotórax de esfuerzo?
7. ¿Cuál su Dx en relación a la TAC?
8. ¿Cuál su interpretación clínico-fisiopatológica de la Eritrocitosis y la Hiperuricemia?
9. ¿Cómo correlaciona la EBPOC, el Síndrome de Sleep Apnea y el S. de Solapamiento?
10. ¿Qué medidas terapéuticas implementa, para la arritmia del paciente?
11. En caso de que el paciente entrara en Insuficiencia Respiratoria Aguda, Ud. optaría por la Intubación orotraqueal (IOT) y la ventilación mecánica del sujeto?
12. ¿Qué alternativas propone Ud. para evitar la IOT?
13. ¿En caso se realice una ECO 3D cardíaca, la cual reporte excesiva hipertensión pulmonar, que fármacos utilizaría y por que?
14. ¿Cuál es la Antibioticoterapia más adecuada, para tratar una Bronquitis Crónica en fase aguda y expectoración francamente purulenta con compromiso sistémico?
15. ¿Cuál es su Dx y conducta terapéutica para la gasometría del paciente?
16. ¿Qué opina del uso de sedantes en este tipo de pacientes?
17. ¿Cómo se diagnostica un S. de Sleep Apnea en general?
18. ¿Explique la FSP de la HAS del paciente y la aplicación farmacológica clínica para su manejo
19. ¿Ud considera que la presencia de un S3 en mesocardio, sería una indicación para digitalizar al paciente?
20. Describa todos los esquemas terapéuticos, que a su modesto entender, requiere el paciente.

LECTURA RECOMENDADA

- (1). HINOJOSA W, FISIOPATOLOGIA CLINICA, ED. GUIA. BS. AIRES. ARGENTINA 1ª ED. 2004
- (2). ERGUETA J, HINOJOSA W, EDS, Y COL. FISIOPATOLOGIA CLINICA, ED. GRAMMA, 1989, LP BOLIVIA
- (3). MEDICINA INTERNA DE: HARRISON, FARRERAS, ROZMAN
- (4). TIMMIS A, ESSENTIALS OF CARDIOLOGY, OXFORD, LONDON, 2007
- (5). JOSE FARFAN, CD INTERACTIVO, ARRITMIAS
- (6). SPICUZA ET AL, SLEEP RELATED HIPOXEMIA AND EXCESIVE ERITROCITOSIS IN ANDEAN HIGH ALTITUDE NATIVES, EURO.RESPIR, JOURNAL23, 41-2004

Correspondencia: Dr. Walter Hinojosa Campero

Discusión página 76