

Caso clínico 1

Exposición

Un varón de 80 años tiene antecedentes de HTA (hipertensión arterial) y una estenosis mitral moderada (la válvula mitral no se abre correctamente). Sigue tratamiento con diversos medicamentos para su problema cardíaco. Sus familiares comentan al médico que muchas veces no toma la medicación porque se le olvida. Ingresa en planta de hospitalización por un cuadro de disnea progresiva que se hace de reposo, edemas en extremidades hasta las rodillas e intolerancia para el decúbito (cuando se tumba sensación de falta de aire) (episodios de disnea paroxística nocturna). En la exploración física se observa: PA 170/95 mmHg (porque no se toma la medicación), elevación de la presión venosa yugular (avisa de la insuficiencia cardíaca derecha), cianosis (coloración azulada por la falta de oxígeno), crepitantes basales bilaterales en la auscultación pulmonar, tonos arrítmicos a unos 140 lat./min en la auscultación cardíaca, y en el abdomen se palpa un hígado aumentado de tamaño y doloroso (edema hepático que puede ser por insuficiencia cardíaca derecha porque va hacia atrás y puede llegar hasta el hígado). En las pruebas complementarias realizadas destaca:

hemograma: leucocitos 8.500/mm³ (neutrófilos 70%, linfocitos 20%, monocitos 5,4%); hemoglobina 10 g/dl (anemia); hematocrito 32%; VCM 85 fl; plaquetas 263.000/mm³. Gasometría arterial basal: pH 7,25 (acidosis respiratoria porque es debajo de 7,36 (por debajo de 7,38 es acidosis y por encima de 7,42 es alcalosis), por la falta de aire y el acúmulo de CO₂); pO₂ 50 mmHg; pCO₂ 55 mmHg (alta ya que 40 es lo normal, en venosa 46); bicarbonato 35 mEq/l (estará aumentado para compensar la acidosis). ECG: fibrilación auricular con una frecuencia de 140 lats./min (fig. eC1-1). Radiografía de tórax (fig. eC1-2). Todo esto me quiere decir que está fallando el pulmón

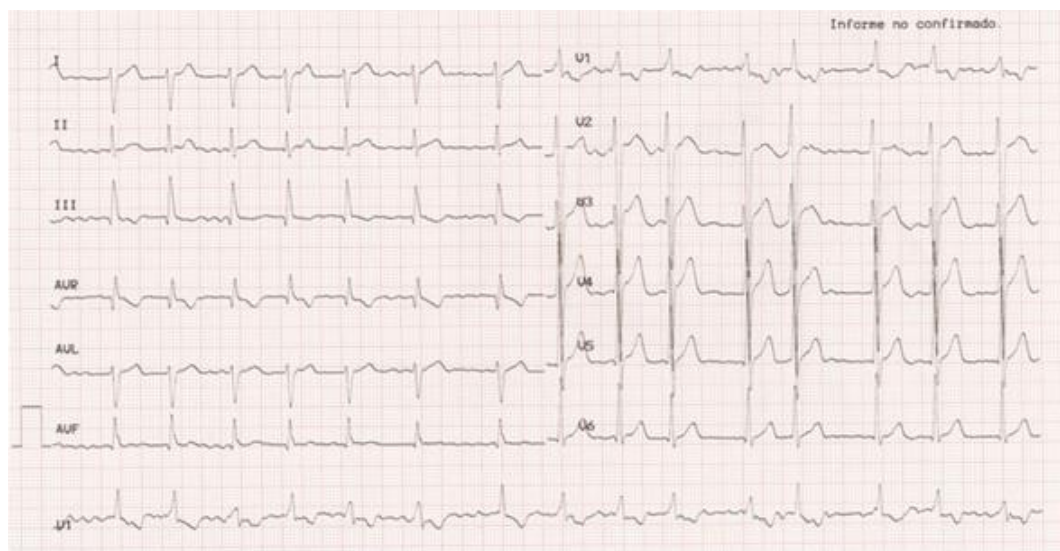


FIG. EC1-1

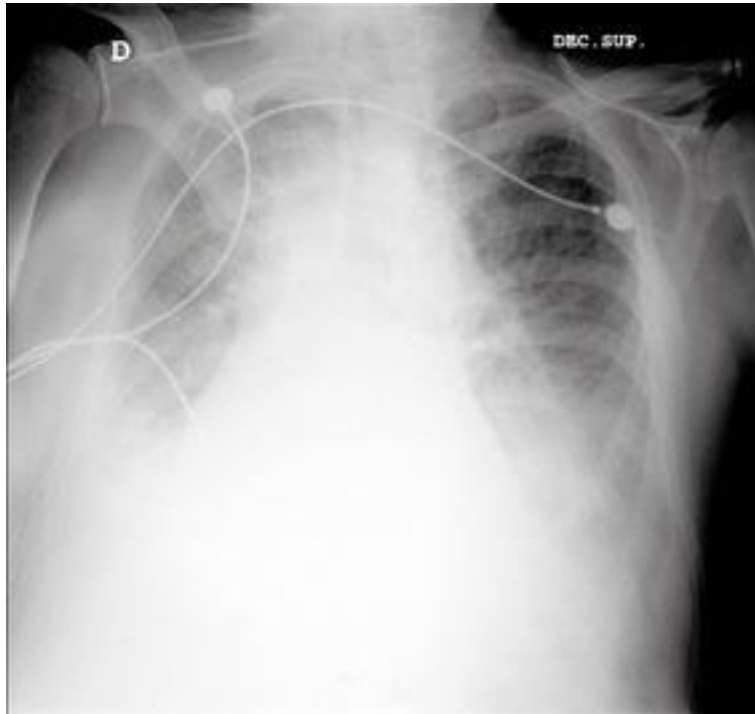


FIG. EC1-2

el pulmón si está lleno de aire se ve negro, si se ve blanco es que hay líquido. tiene un edema pulmonar en el pulmón derecho

Preguntas

¿Cuál es su sospecha diagnóstica? Justifique los signos y síntomas del paciente. Tiene una insuficiencia cardiaca congestiva o global, ya que tiene un problema en el corazón que le afecta al pulmón, una insuficiencia cardiaca izquierda y derecha.

Si tiene problemas en el corazón izquierdo tendrá problemas en el pulmón (altera a lo que está antes) y si tiene problemas en el corazón derecho acabará afectando a la hepatomegalia, ingurgitación de la vena yugular...

¿Cuál puede ser la etiología y el factor precipitante más probable? No toma la medicación (a veces puede ser también por una infección)

Interprete y justifique las alteraciones que observe en el hemograma y en la gasometría arterial basal. Hb baja pero no tiene importancia clínica, hematocrito bajo, leucocitos normales, plaquetas normales... la gasometría nos permite saber que es una acidosis respiratoria.

¿Qué le llama la atención de la radiografía de tórax? Se ve líquido en el pulmón derecho porque esta blanco

¿Qué es la fibrilación auricular? Aumento de la frecuencia cardiaca que produce contracciones ineficaces, taquicardia arrítmica debida a la presentación de múltiples focos ectópicos auriculares activos. Que hacen que la aurícula no se contraiga nunca correctamente. El gasto cardiaco o la cantidad de sangre que va a salir va a disminuir ya que pasa menos sangre al ventrículo.

¿Es normal la presión arterial (PA) de este paciente? No es normal, está muy alta porque no toma la medicación (inhibidores de la ECA). Para el edema les dan diuréticos.

Caso clínico 2

Exposición

Varón de 55 años sin antecedentes patológicos relevantes conocidos. No presenta alergias a medicamentos. Fumador de 30 cigarrillos/día desde los 18 años (55 paquetes-año). HTA diagnosticada hace 5 años. Acude a urgencias por dolor retroesternal opresivo, muy intenso acompañado de sudoración y náuseas, que se inició una hora antes.

Exploración física: PA 175/95 mmHg; SO₂ 95% (está bien); auscultación cardiopulmonar sin alteraciones relevantes. *Pruebas complementarias:* hemograma: leucocitos 15.070/mm³(altos) (neutrófilos 85% (neutrófilos en banda= neutrófilos inmaduros), linfocitos 10%); hemoglobina 14 g/dl; hematocrito 45,0%; VCM 90 fl; plaquetas 263.000/μl. *Gasometría arterial basal:* pH 7,45 (ligera alcalosis pero es muy muy poco); pCO₂ 38 mmHg; pO₂ 71,00 mmHg. *Bioquímica:* CPK 390 U/l (0,0-190,0); troponina I (TnIc ic= isoforma cardiaca, indica si hay infarto o no) 4 μg/l (0,0-0,2). *Colesterol total:* 240 mg/dl; colesterol LDL 180 mg/dl (lo ideal es por debajo de 130); triglicéridos 1.020 mg/dl (lo normal es hasta 150). ECG(fig. eC2-1).

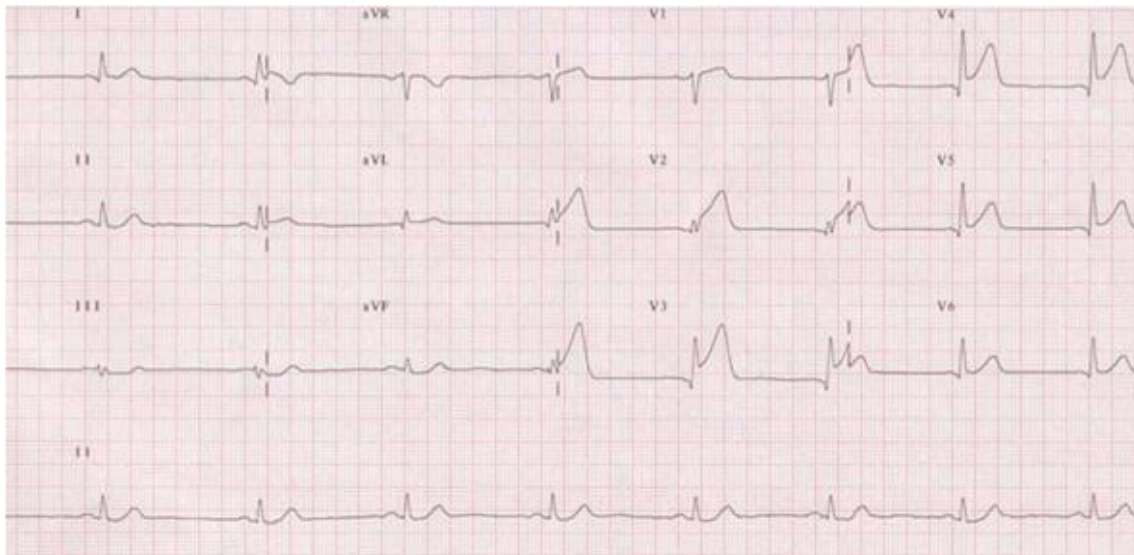


FIG. EC2-1

Preguntas

Con los datos aportados en la historia clínica y con las pruebas complementarias de que dispone, ¿cuál es su sospecha diagnóstica? **Infarto agudo de miocardio, tiene la troponina aumentada, además de los escalofríos, sudoraciones y el dolor retroesternal.**

¿Qué factores de riesgo cardiovascular tiene este paciente? **Colesterol alto**

¿Qué alteraciones detecta en el hemograma y en la gasometría arterial? **Tiene una pequeña alcalosis. En el hemograma se detecta una leucocitosis**

¿Qué son la CPK y la troponina I? **La creatina fosfoquinasa y la troponina I son marcadores sanguíneos.**

¿Por qué motivo están elevadas? **Por el infarto, se necrosan células y se liberan enzimas que están dentro de las células que no deberían salir y salen**

¿Son normales las cifras de colesterol y de triglicéridos? **No, están elevadas**