

Caso clínico para autodiscusión

Dr. Fernando Suárez Sánchez
Jefe de la Sección de Evaluación de la
Secretaría de Educación Médica de la
Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Instrucciones:

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para conocer situaciones específicas, tal como se presentan en la vida real. Constituye un tipo de material didáctico que, además de permitirle la valoración de su capacidad de detección y manejo de problemas, le instruye para que lo haga de manera adecuada si es que la desconoce. La unidad consta de tres partes principales que son:

1. La presentación del problema
2. La exposición de las posibilidades de manejo del problema
3. El análisis de las decisiones para el manejo del problema

La primera parte lo coloca ante un problema real y le proporciona todos los datos necesarios para que usted pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético que presentan diferentes posibilidades de actuación; de entre ellas, usted deberá escoger la más conveniente para la solución del problema planteado. A menos que reciba indicaciones específicas, sólo podrá escoger una opción de las presentadas en cada sección. Una vez seleccionada la posibilidad que consideró adecuada, deberá pasar a la tercera parte de la unidad y revisar el párrafo que corresponda al número que se encuentra entre paréntesis al final de la opción escogida.

La tercera parte le proporcionará amplia información acerca de la repercusión que sus decisiones van teniendo sobre el problema que está manejando. Toda la información contenida en esta parte se encuentra separada en párrafos identificados con números que

corresponden con los que se encuentran al final de cada una de las opciones de las diferentes secciones de la segunda parte. Para evitar que usted se distraiga con información que no ha solicitado, los párrafos están colocados en desorden y cada uno de ellos contiene, además, todas las instrucciones necesarias para que pueda seguir adelante con el manejo del problema. Ponga mucha atención en el contenido de esta tercera parte, ya que no podrá pasar de una decisión a otra mientras no haya recibido indicaciones precisas.

Caso clínico

Primera parte

Paciente masculino, obeso, de 58 años de edad, llevado por sus familiares a la sala de urgencias de un hospital general institucional de 400 camas, por padecimiento de una hora de evolución caracterizado por gran inquietud, falta de aire al respirar, y dolor intenso en epigastrio. Por interrogatorio directo se supo que el paciente fumaba dos cajetillas diarias desde los 30 años y que dos horas antes había comido más de lo acostumbrado con unos clientes de gran importancia para su negocio. Poco antes de acudir al hospital, tuvo un vómito escaso que casi le hace perder el conocimiento. Desde entonces se ha sentido mareado en dos o tres ocasiones.

Al examen físico se encontró paciente quejumbroso, pálido, diaforético, con fascias dolorosas, y muy inquieto. Tenía temperatura de 37.2°C, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, y cardíaca de 100 por minuto. No había ingurgitación yugular ni abultamientos en la base del cuello. Tenía estertores crepitantes escasos en ambas bases pulmonares, los ruidos cardíacos eran de buena intensidad y se observaron tres extrasístoles por minuto. No se encontró visceromegalia abdominal, aunque la exploración no fué la adecuada por

la intensidad del dolor en el hemiabdomen superior. Los reflejos miotáticos se encontraron +1 en forma universal.

Pase ahora a la sección "C" de la segunda parte

Segunda parte

SECCION "A". El tratamiento inmediato de este paciente debe hacerse con:

1. Anticoagulantes (07)
2. Vasodilatadores (03)
3. Analgésicos (14)
4. Soluciones polarizantes (25)
5. Atropina (20)

SECCION "B". El estudio que con mayor probabilidad de certeza y rapidez le ayudará a confirmar su impresión clínica es:

1. Una telerradiografía de tórax (02)
2. Una serie gastroduodenal (13)
3. Un trazo electrocardiográfico (09)
4. Una determinación de enzimas séricas (22)
5. Un gammagrama pulmonar (18)

SECCION "C". Usted debe hacer diagnóstico de:

1. Aneurisma disecante de la aorta (17)
2. Embolia pulmonar (01)
3. Hernia hiatal (12)
4. Infarto del miocardio (04)
5. Pancreatitis y/o colecistitis (08)

SECCION "D". La complicación precoz más frecuente de este padecimiento es:

1. La muerte (11)
2. La taquicardia ventricular (16)
3. La insuficiencia cardíaca (24)
4. El aneurisma ventricular (06)
5. El síndrome postinfarto (21)

SECCION "E". Los enfermos con este tipo de padecimiento deben ser tratados desde un principio en:

1. Su domicilio (10)
2. Una unidad de cuidado intensivo (19)
3. Una sala general de hospitalización (15)
4. Hospitales especializados (23)
5. La consulta externa (05)

Tercera parte

01. La embolia pulmonar puede producir un

número variable de cuadros clínicos. A veces aparece un dolor constrictivo retrosternal con disnea, colapso circulatorio, y alteraciones del electrocardiograma. Cuando todo este cuadro aparece en el postparto, o en un adulto joven con signos de tromboflebitis o que ha sufrido un accidente reciente o una intervención quirúrgica, hay que pensar enseguida en una embolia pulmonar. El problema resulta más difícil en personas de más edad. Es de gran importancia diagnóstica el encontrar una zona localizada considerable de opacidad disminuida en el estudio radiológico de tórax, lo que ayudaría a efectuar tratamiento de inmediato. Como regla general, que no siempre se cumple de manera invariable, podríamos decir que, cuando el émbolo es pequeño, el problema predominante es el del infarto pulmonar, que se acompaña por lo general de cifras de transaminasas normales, elevación de la deshidrogenasa láctica y un aumento transitorio de la cifra de bilirrubina (Walker, W.E.C. y cols.: A triad in the diagnosis of pulmonary embolism and infarction. J.A.M.A. 178:9, 1961). Los datos clínicos presentados orientan hacia otro tipo de problema. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

02. Muchos de los pacientes que sufren cardiopatía isquémica tienen un corazón normal tanto por su tamaño como por su forma observada a los rayos X. En otros, el aumento va de ligero a evidente. El estudio radiológico resulta de utilidad en muchas ocasiones para reconocer lesiones valvulares pero, en ausencia de señales claras de aneurismas ventriculares anatómicos, es de poco valor para distinguir los trastornos miocárdicos isquémicos de los que no lo son. En pacientes con cardiopatía isquémica, el valor más importante del estudio radiológico reside en la visualización de las arterias coronarias como lo demostró Rousthoi, en perros (Rousthoi, P.: Ueber angiokardiographie, Acta Radiol. 14: 419, 1933) y más adelan-

te Rodner en el hombre (Rodner, S.: An attempt at the roentgenologic visualization of coronary vessels in man. *Acta Radiol.* 26:497, 1945). La arteriografía coronaria ha suministrado datos importantes sobre los efectos a largo plazo conseguidos mediante los procedimientos quirúrgicos. Así, Sones y Shirey demostraron la eficacia de la implantación de la arteria mamaria interna en el interior de la pared ventricular (operación de Vinograd) así como la inutilidad de la ligadura de la misma. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

03. Cuando las crisis anginosas sean frecuentes, puede recurrirse a los vasodilatadores de acción prolongada que, al parecer, consiguen evitar muchas veces su aparición. Los informes publicados respecto a la utilidad o al peligro de los vasodilatadores coronarios administrados generalmente a todos los pacientes con infarto del miocardio, son contradictorios, pues mientras algunos han descrito un descenso de la mortalidad (Oschraroff, A.: Pentaerythrol tetranitrate as adjunct therapy in the immediate post-infarction period. *Angiology* 15:505, 1964), otros afirman precisamente lo contrario. En todo caso, y siempre que se utilicen estos vasodilatadores, se empezará con dosis pequeñas para ir las aumentando si fuera necesario, observando cuidadosamente al paciente y poniéndolo en posición de Trendelenburg si apareciera un descenso de importancia de la presión sanguínea. No constituye el tratamiento inmediato del padecimiento que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
04. La mayor parte de los pacientes presenta un cuadro clínico caracterizados por dolor isquémico, algún signo de alteración de la función circulatoria, cambios seriados y característicos en el electrocardiograma y alteración cronológica de las cifras de enzimas séricas. La frecuencia de los infartos indoloros es una cuestión

que aún se debate; en el estudio retrospectivo de Framingham, en 5,000 personas, 20 fallecieron sin que se conociera la frecuencia del dolor; 73 presentaron cambios electrocardiográficos calificados como de infarto, y de éstos, ocho (11%) negaron haber padecido dolor. Stokes y Dowber concluyeron en 1959, que casi una tercera parte de los infartos del miocardio eran absoluta o parcialmente indoloros (Stokes, J. III and Dowber, T.R.: The "silent coronary": "The frequency and clinical characteristics of unrecognized myocardial infarction in the Framingham study. *Ann. Int. Med.* 50:1359, 1959). La introducción de las pruebas de determinación de enzimas séricas en la necrosis miocárdica gracias a LaDue y colaboradores (LaDue, J.S.; Wroblewski, F., y Karman, A.: Serum glutamic oxaloacetic transaminase activity in human acute transmural myocardial infarction. *Science* 120:497, 1954), representó un avance considerable y constituye una guía útil con tal de que se obtenga la muestra antes de las 24 hs. del comienzo de la enfermedad, de que se lleven a cabo determinaciones seriadas más bien que únicas, y de que los resultados estén estrechamente relacionados con los datos clínicos. Las alteraciones electrocardiográficas sólo están ausentes en una pequeña minoría de los pacientes. Seleccione una opción en la sección B para seguir adelante.

05. El manejo de este tipo de pacientes tiene como principal objetivo prevenir la muerte por arritmia o asistolia. Estas complicaciones se pueden manejar satisfactoriamente si se dispone de equipo y personal apropiado cuando se presenta el problema. La importancia de una acción rápida puede apreciarse fácilmente considerando el tiempo de muerte en infarto del miocardio. Sesenta y tres individuos mayores de 50 años que fallecieron por infarto del miocardio, lo hicieron dentro de la primera hora del inicio de los síntomas, 85 por ciento de ellos murieron du-

rante las primeras 24 hs. y sólo el 23 por ciento vivió lo suficiente para ser revisado por el médico. Por ello, es que este tipo de pacientes jamás debe ser manejado como ambulatorio, pues el riesgo de complicaciones sería altísimo. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

06. Los aneurismas ventriculares plantean problemas diagnósticos especiales. Se les llama funcionales cuando las zonas isquémicas o infárticas propulsan hacia afuera bajo la acción de la presión sistólica; o anatómicos, cuando están formados por una delgada pared que se abomba durante cada ciclo cardíaco. Estos últimos, llamados verdaderos, se ven solamente en el 9-17 por ciento de los pacientes con infartos de terminación fatal (Suh, S.K. y Eddleman, E.E. Jr.: *Kine to cardiographic findings of myocardial infarction*. *Circulation* 19:531, 1959). Se dice que el reposo en cama durante cuatro semanas o más puede evitar la aparición de tales aneurismas, aunque las pruebas no son demasiado convincentes. El clínico y el radiólogo pasan por alto la mayor parte de los aneurismas ventriculares. A pesar de todo, la demostración por palpación, cinetocardiografía, kimografía, y fluoroscopia de un movimiento sistólico paradójico de tipo centrífugo anormal, en un paciente con infarto previo, no hace necesariamente el diagnóstico de aneurisma ventricular, ya que la mayoría de estos individuos tienen ondas isquémicas funcionales. Para confirmar el diagnóstico, debe demostrarse además, que hay una zona localizada que hace protrusión, tanto durante la sístole como durante la diástole. En el caso que nos ocupa, no encontramos datos suficientes para asegurar este diagnóstico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
07. El tratamiento anticoagulante sigue siendo muy discutido. Harrison y col. afirman que, si no hay contraindicaciones y

puede disponerse del adecuado control de laboratorio, es aconsejable iniciar precozmente un tratamiento anticoagulante en todos los pacientes, aunque en algunos de ellos sea factible suprimirlo al poco tiempo (Harrison, T.R. y Reeves, T.J.: *Enfermedades isquémicas del corazón*. Salvat, Ed. Barcelona, 1970). Al principio, se administrará heparina, 2 ó 3 veces al día, a dosis convenientes para mantener un tiempo de coagulación de 15-25 min en la sangre extraída poco tiempo antes de la siguiente dosis. Sin embargo, no es el tratamiento inmediato que deba hacerse ante casos como el que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

08. Los procesos agudos de vías biliares y páncreas pueden ir acompañados de alteración de la onda T del electrocardiograma, o de un choque por peritonitis o bacteriemia. Es posible que los cambios registrados en el electrocardiograma sean motivados por alteraciones electrolíticas secundarias a los vómitos o a la necrosis grasa, o posiblemente a una vasoconstricción coronaria refleja. Esta confusión del cuadro puede acentuarse aún más debido a la elevación de las cifras de transaminasas séricas por la afectación hepática que a menudo existe también en estos casos. Sin embargo, en ausencia de enfermedad coronaria, los cambios registrados por el electrocardiograma acostumban a ser de poca consideración y no suelen afectar al complejo QRS. Además, la cifra de transaminasa sérica, si es que está elevada, es muy probable que lo esté mucho más de lo que es habitual en el infarto del miocardio. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
09. Las alteraciones electrocardiográficas sólo están ausentes en una pequeña minoría de los pacientes. Las arritmias o las alteraciones de la onda T poseen un menor interés diagnóstico que las variaciones del complejo QRS. Las modificaciones del segmento ST, y sobre todo del

complejo de despolarización (QRS), suelen constituir signos fidedignos de la existencia de lesión miocárdica. La presencia de una onda Q de varios milímetros de profundidad y con una duración de 0.04 seg o más, en las derivaciones I, II o de V3 a B6, dice mucho a favor de algún tipo de daño miocárdico así como la pérdida de la onda R normal en la región necrótica. Durante los primeros días posteriores al infarto, las alteraciones en la posición del segmento ST en relación a la línea isoeletrica constituyen la regla. Es frecuente encontrar una elevación bien marcada en una o más derivaciones (llamada a menudo signo de Pardee), aunque también puede tener su origen en distintos procesos que dan lugar a lesión miocárdica y, sobre todo, en la miocarditis subepicárdica, que se acompaña frecuentemente de pericarditis. Sin embargo, si no se poseen datos clínicos evidentes o pruebas demostrativas de que esta alteración es transitoria, una elevación ligera (de hasta 2 mm) del segmento ST no es base lo bastante sólida como para asentar un diagnóstico de cualquier tipo de anormalidad cardiaca. El trazo electrocardiográfico del paciente que nos ocupa mostró deflexiones QS de VI a V3 con r pequeña y S de tamaño moderado de V4 a V6, los segmentos ST estaban muy elevados en derivaciones precordiales, a VL y I y deprimidos en III y a VF. Seleccione una opción en la sección A para seguir adelante.

10. En muchas ocasiones se encontrará resistencia por parte del paciente o de sus familiares para que el tratamiento de cualquier enfermedad se lleve a cabo fuera de su propio domicilio. Esto se ve fomentado en muchas ocasiones por la mala información que el público en general tiene de la evolución hospitalaria de los pacientes pues, al llevarlos en estado de intratable y obtener resultados negativos, concluyen que la causa del desenlace es el sitio donde está el paciente olvidándose tanto del padecimiento como de su estado evo-

lutivo. En el caso presente, el diagnóstico de probabilidad pudiera hacer que, tanto los familiares como el paciente mismo, ignorantes de las ventajas del manejo terapéutico en otros sitios, como pudieran ser la detección temprana de complicaciones y su tratamiento, prefieran que el tratamiento se lleve a cabo en su domicilio pero Usted, como parte del manejo clínico, deberá de convencerlos de lo contrario. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

11. La muerte súbita e inesperada puede ocurrir incluso en un paciente con evolución aparentemente satisfactoria, y suele deberse a una arritmia o a una ruptura miocárdica pero, a pesar de todo las probabilidades de un desenlace fatal, están íntimamente relacionadas con el estado funcional del corazón, cuyas alteraciones podemos considerar de diversos tipos fundamentales. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
12. De las diferentes enfermedades que se pueden confundir con la que padece el paciente que nos ocupa, únicamente la hernia hiatal se acompaña, de forma típica, de un dolor experimentado predominantemente en el pecho más bien que en el abdomen. La diferenciación de estos dos procesos como causa de un ataque aislado de una duración entre 30 y 60 minutos puede llegar a ser imposible inicialmente, si bien acostumbra a ponerse en claro antes de poco tiempo, gracias a obtención de electrocardiogramas repetidos y determinaciones múltiples de enzimas séricas, leucocitos y velocidad de sedimentación globular. Siempre que un paciente sufre crisis dolorosas frecuentes, todas de una duración de media hora o más y que no ceden con la nitroglicerina, la causa más probable es una hernia hiatal. Hay que recordar también que numerosas hernias del hiato diafragmático no originan sintomatología, por lo que todo dolor torácico en una persona de la que se sabe que tiene una hernia,

no justifica la presunción automática de que ella sea la responsable de las molestias. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

13. Posiblemente, en ningún otro sistema orgánico, el examen con rayos X es tan importante para el diagnóstico como en las alteraciones del tracto intestinal. De hecho, el estudio del paciente con síntomas gastrointestinales no se considera completo si no se ha efectuado un examen radiológico adecuado. Para obtener los mejores y más efectivos estudios radiográficos del tracto gastrointestinal el médico tiene que decidir cuál es el órgano que parece más afectado, en qué secuencia debe hacerse el estudio radiológico y si existen contraindicaciones para el estudio propuesto. Si el médico ordena una serie gastroduodenal y el resultado es negativo, puede decidirse a ordenar un enema baritado, pero éste no podrá efectuarse por la presencia del material radiopaco del estudio anterior. En lo que se refiere al estudio del tracto gastrointestinal por rayos X, la secuencia debe ser: colecistografía oral, enema baritado y serie esófagogastroduodenal. El problema del caso que nos ocupa no se beneficiará en nada con este estudio que, además, está contraindicado por las condiciones del paciente. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
14. El tratamiento inmediato de este padecimiento implica el cese del dolor, lo cual suele obligar a la administración de una o más dosis de opiáceos o de fármacos parecidos, como la meperidina. En los casos en que el dolor sea especialmente intenso, hay que recurrir al sulfato de morfina (10-15 mg) por vía intravenosa, que es el fármaco tradicional y aún de mayor efectividad. Puede bajar la presión arterial, aunque esto no contraindica su uso; la piel puede volverse fría y húmeda y el paciente sufrir náusea; pero estos eventos pasan y dan lugar a un bienestar asociado a la desaparición del dolor. Se

piensa que los efectos hemodinámicos de la morfina se relacionan con la estasis sanguínea en el territorio venoso por lo que la elevación de las piernas puede dar lugar a mejoría. Es necesario que se sepa reconocer este síndrome para poderlo diferenciar del cuadro de choque cuyo manejo es muy diferente. Seleccione una opción en la sección E para seguir adelante.

15. Hasta hace poco tiempo, estos pacientes evolucionaban en las salas generales de los hospitales cuando por fin se había logrado convencerlos de la necesidad de una vigilancia más estricta. En la actualidad, el rápido avance de la tecnología ha permitido tener vigilancia electrónica continua que permite mayor seguridad en el tratamiento de estos pacientes, quienes deben estar bajo este tipo de vigilancia entre 48-72 hs, que es el lapso en que se presentan las complicaciones con más frecuencia. Las salas generales tienen el inconveniente de contar con poco personal, de mantener algunos pacientes muy distantes de los controles, y de dificultar la separación de pacientes por tipo de padecimiento lo que, en muchas situaciones, resulta en perjuicio de los enfermos. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
16. De los distintos trastornos del ritmo que pueden presentarse, los más peligrosos son los bloqueos auriculoventriculares en grado avanzado y la taquicardia ventricular, debido a su fácil evolución hacia el paro o la fibrilación ventricular. Incluso las arritmias que son relativamente benignas en personas sin enfermedad coronaria (taquicardias supraventriculares, extrasístoles ventriculares y bloqueos de primer grado) constituyen una amenaza para los pacientes con infarto del miocardio, ya que pueden evolucionar hacia trastornos del ritmo de mayor gravedad. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
17. En el caso típico de aneurisma disecante de la aorta, el dolor aparece casi inme-

diatamente y alcanza su máxima intensidad al cabo de pocos segundos extendiéndose durante las horas o días siguientes, desde su localización inicial y en forma rápida o gradual, generalmente hacia la espalda y parte anterior del tórax, cuello, brazos, abdomen, e incluso en alguna ocasión, hacia las piernas. La desigualdad del pulso, las acentuadas diferencias de la presión sanguínea en uno y otro brazo, el ensanchamiento progresivo de la sombra aórtica en las radiografías y, en una mitad aproximadamente de los casos, la aparición en el periodo de observación de intensos soplos sistólicos o diastólicos, o de ambos, en la región de la aorta, son datos que contribuyen a formar un cuadro que raramente se olvida (Shennan, T.: *Dissecting aneurysms*. Med. Res. Council Spec. Rep. No. 193 Londres: His Majestys Stationery Office, 1934) (Hume, D. M. y Porter, R. R.: *Acute dissecting aneurysms*. Surgery 53:122, 1963). Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

18. El gammagrama pulmonar se obtiene mediante la inyección intravenosa de radionúclidos emisores de rayos gamma. El material más comúnmente usado es el macroagregado de albúmina marcado con Iodo 131 o el Tecnesio 99m. Las partículas radiactivas son atrapadas en el lecho capilar pulmonar dibujando de manera muy exacta la distribución de la corriente sanguínea pulmonar. Después de la inyección, un aparato detector registra el patrón radiactivo de los pulmones mediante película radiográfica, película fotográfica especial, televisión o videotape. Cualquier alteración de la anatomía normal de los pulmones requiere explicación. El gammagrama pulmonar adquiere su máximo valor en el diagnóstico de embolismo, pues aparecen zonas donde la radiactividad está francamente disminuida o ausente. El estudio es simple, seguro y rápido cuando está indicado, pero en casos como el

presente, no se le ha encontrado ningún valor. (Harrison's Principles of Internal Medicine. A Blakiston pub. McGraw-Hill Book Co. Sixth Ed. 1970). Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

19. Hay que admitir que, contrariamente a lo que se creía a primera vista, los pacientes que tienen mayores probabilidades de beneficiarse con este tipo de unidades son los que presentan el llamado infarto miocárdico agudo no complicado, de los que un porcentaje significativo sufrirá fibrilación ventricular durante la primera semana de hospitalización después del infarto agudo. Casi todos estos pacientes con buenas posibilidades pueden ser reanimados reemprendiendo posteriormente una vida útil y activa. Goble y cols. han informado que cinco pacientes, de un total de 67 con infarto miocárdico no complicado, presentaron fibrilación ventricular el mismo día de su admisión; todos ellos fueron reanimados y los 5 estaban aún vivos de 7 meses a dos años después del episodio agudo. (Goble, A.J.; Sloman, G. y Robinson, J.S. (Mortality finalidad de disminuir el riesgo de para-Med. J. 1:1005, 1966). Seleccione una opción en la sección D para seguir adelante.
20. En ocasiones, aparece una bradicardia sinusal, sobre todo en pacientes con infarto posterior. En caso de que se observen extrasístoles ventriculares después de intervalos de más de 0.7 segundo del latido normal precedente, suele recurrirse a la atropina a dosis de 0.4 a 0.6 mg, o a la belladona, a fin de incrementar la frecuencia sinusal reduciendo, por consiguiente, la probabilidad de aparición de las extrasístoles. La bradicardia sinusal de menos de 60 debe tratarse con atropina, aunque no haya extrasístoles, con la finalidad de disminuir el riesgo de parada ventricular por bloqueo aurículoventricular o sinoauricular. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

21. El síndrome postinfarto del miocardio (Dressler, W.: The postmyocardial-infarction syndrome. Arch. Int. Med. 103:28, 1959), consiste de uno o más episodios de pericarditis, pleuritis, o más raramente infiltración pulmonar que, acompañados de fiebre, aparecen algunas semanas o meses después de haberse presentado el infarto. Se caracteriza por un dolor pleural o pericárdico mínimo acompañado de fiebre, también insignificante, o bien por un padecimiento agudo con dolor intenso, fiebre alta y derrames masivos en el interior de las cavidades pleural o pericárdica. La respuesta a los corticoides suele ser tan espectacular que puede considerarse de interés diagnóstico. El tiempo de aparición de este cuadro, que oscila entre unos diez días y varios meses después del infarto agudo, acostumbra ser de utilidad para diferenciarlo de la pericarditis isquémica, la cual suele presentarse durante los primeros días. Como idénticos procesos pueden también hacer su aparición después de intervenciones quirúrgicas del corazón o de traumatismos sobre el mismo, cabe pensar que el insulto miocárdico constituye un factor constantemente presente en estos casos que serían, en definitiva, ocasionados por una reacción inmunológica frente a las sustancias liberadas a partir del músculo cardíaco, con anticuerpos que han sido demostrados por distintos autores (Cossio, P.; Matienzo, C.G.; Cossio, P.R.: Antígeno cardíaco circulante en el infarto del miocardio. Prensa Med. Argentina 49:1122, 1962) (Ziffer, A.M. y Klotz, S.D.: An autoimmune disease? Ann. Allergy 21(696, 1963) (Van der Geld, H.: Anti-heart antibody in post-pericardiotomy and post-myocardial-infarction syndrome. Lancet 2:617). Este cuadro clínico no se ha presentado en el paciente que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
22. La introducción de las pruebas para determinación de enzimas séricas en la necrosis miocárdica gracias a LaDue y sus colaboradores (LaDue, J.S.; Wroblewsky, F.; y Karman, A.: Serum glutamic oxaloacetic transaminase activity in human acute transmural myocardial infarction. Science 120:497, 1954) representó un avance notable. Quizá la prueba más específica sea la determinación de creatinfosfoquinasa sérica, aunque la duración de su ascenso puede ser menor que la de la transaminasa glutámica oxaloacética. El método de la deshidrogenasa láctica tiene la ventaja de una persistencia mucho más prolongada de los valores elevados después de la lesión miocárdica aguda. (Coodley, E.L.: Evaluation of newer enzymes in the diagnosis of myocardial infarction. Circulation 34 (supp. III):78, 1966). El método de las transaminasas siempre será buena guía, con tal de que se obtenga la muestra inicial antes de las 24 hr del comienzo de la enfermedad, que se lleven a cabo determinaciones seriadas más bien que únicas, y que los resultados estén estrechamente correlacionados con los datos clínicos. En este caso, existen otras prioridades. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
23. Es de gran importancia mantener a los pacientes afectados con este tipo de padecimientos, dentro de un medio donde se puedan tratar las complicaciones. El paciente debe ser colocado en ese medio llevándolo a un hospital y/o acercándolo al equipo y personal entrenado; el paciente puede hacer el viaje desde el sitio donde está en las llamadas unidades móviles de cuidado intensivo donde se le puede vigilar con aparatos, y tratar adecuadamente en caso de que se presentaran complicaciones tempranas. Esta vigilancia deberá continuar dentro del hospital mientras exista riesgo mayor. En el tiempo actual, el manejo de este tipo de padecimientos no requiere de hospitales especializados, debiendo ser posible su tratamiento en los hospitales generales. Seleccione otra opción en esta misma sección.

Educación médica (concluye)

ción antes de seguir adelante.

24. De gran trascendencia es la insuficiencia cardíaca, ya que puede dar lugar a dos cuadros clínicos que suelen presentarse juntos. Uno es el edema agudo del pulmón, por insuficiencia ventricular izquierda con una brusca elevación de la presión en los capilares pulmonares. El otro es el choque cardiogénico, originado por un acentuado descenso del débito cardíaco, el cual da un estado parecido al de la insuficiencia circulatoria periférica, aunque una exploración cuidadosa podrá demostrar casi siempre la precoz coexistencia de fenómenos tales como disnea, estertores, ingurgitación venosa y ritmo de galope, los cuales están ausentes o únicamente hacen su aparición en la fase terminal cuando el defecto inicial se centra más bien en la periferia que en el corazón. Es preciso condenar la tendencia tan frecuente a utilizar la presión sistólica como única guía para juzgar la gravedad del choque cardiogénico ya que, en algunos casos, la hipotensión es probablemente de origen reflejo y no relacionada con el descenso del débito cardíaco.

25. Algunos autores han informado el logro

de mejorías en el electrocardiograma tanto de animales como del hombre (Sodi Pallares, D. y cols.: Effects of an intravenous infusion of a potassium-glucose-insuline solution on the ECG signs of myocardial infarction: Preliminary report. Am. J. Cardiol. 9:166, 162) (Sodi Pallares, D. y cols.: The polarizing treatment of acute myocardial infarction, possibility of its use in other cardiovascular conditions. Dis. Chest 43:242, 1963) mediante el uso diario de glucosa, insulina y potasio por vía intravenosa (40 mEq de cloruro de potasio y 20 unidades de insulina normal en 1,000 ml de solución de glucosa en agua al 10%) habiendo observado efectos favorables sobre las extrasístoles ventriculares, el dolor, el choque y la insuficiencia cardíaca. No obstante, otros investigadores (Fletcher, G.F.; Hurst, J.W. y Schlant, R.C.: Preliminary report of a double blind controlled study of the use of "polarizing" solutions in acute myocardial infarction. Circulation 34 (supp III): 102, 1966) opinan que la mejoría observada fue solamente espontánea y sin este tipo de tratamiento. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante. ☐

Revista de la Facultad de Medicina

Unidad Administrativa (Atención: Srita. María Ledesma)
Facultad de Medicina de la U.N.A.M.
Ciudad Universitaria, México, D.F.

Deseo suscribirme a la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, para lo cual envío por correo certificado la cantidad de: \$_____ M.N. en cheque o giro postal a nombre de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., para iniciar mi suscripción a partir de esta fecha.

Nombre completo _____

Domicilio _____ Ciudad y Estado _____

En mi carácter de _____ Céd. Prof. _____

Médico recibido/Alumno/Público en general

Ciudad de _____ a _____ de _____ 197 _____

Firma