

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del
Cor Pulmonale para el
1º, 2º y 3º nivel de Atención Médica.

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-036-08.

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

127.9 Corazón pulmonar crónico. Diagnóstico y tratamiento del Cor Pulmonale para el 1°, 2° Y 3° nivel de atención Médica.

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN.

El Término de Corpulmonale (CP), utilizado por primera vez en 1931 por el Dr. Paul D. White, indica la alteración de la estructura y función del ventrículo derecho debido a Hipertensión Pulmonar (HAP) causada por diversas enfermedades del parénquima pulmonar.

Actualmente se acepta que incluye a todas las enfermedades respiratorias, excluyendo la enfermedad cardíaca izquierda y la enfermedad vascular pulmonar.

CLASIFICACIÓN.

En el tercer simposio internacional de HAP, efectuado en Viena, se reclasifico la Hipertensión pulmonar y se agrupo a esta entidad bajo el encabezado de Hipertensión Pulmonar asociado a enfermedad pulmonar y/o hipoxemia. Enfermedad clase III. Las entidades clínicas consideradas dentro de este rubro incluyen: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedad Intersticial Pulmonar, Fibrosis Pulmonar Idiopática, Hipoventilación Alveolar, Cifoscoliosis, Alteraciones respiratorias del dormir y Exposición crónica a grandes alturas.

Para cada diagnóstico la prevalencia y la mortalidad por CP es diferente. Se estima que alrededor del 50% de los ingresos por CP, son secundarios a EPOC, Se considera que entre el 10 al 30% de todos los ingresos por insuficiencia cardiaca son secundarios a CP.

DIAGNOSTICO.

Se debe de considerar el diagnóstico de CP si el paciente presenta: Edema de extremidades Inferiores, Ingurgitación yugular y Reforzamiento del componente pulmonar del 2° ruido La sospecha diagnóstica es esencialmente clínica y deben excluirse otras causas de edema como insuficiencia cardiaca izquierda, Tromboembolia pulmonar, desnutrición proteica, insuficiencia renal, hepática y venosa . En los pacientes con Esclerodermia y/o Lupus se debe sospechar HAP si presentan disnea y fenómeno de Reynaud.

En los pacientes con CP que persistan con síntomas aún bajo tratamiento requiere de manejo hospitalario.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

En la radiografía simple de tórax en Postero Anterior se apreciara ensanchamiento de la arteria interlobar. El índice hilar/cardiotorácico $>$ de 35 en pacientes con EPOC tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 100% para diagnosticas HAP.

La detección de crecimiento ventricular derecho por Electrocardiograma, es un elemento mas de diagnóstico. El ecocardiograma Doppler es el mejor estudio no invasivo para medir la dimensión de las cavidades cardiacas y la presión sistólica de la arteria pulmonar.

La resonancia Magnética es el mejor método no invasivo para medir la dimensión del ventrículo derecho. La medición de BNP y/o pro BNP (Péptido natri urético cerebral) en sangre es muy útil para determinar la falla ventricular derecho e incluso establecer pronóstico.

El cateterismo cardiaco derecho esta indicado para evaluar manejo de vasodilatadores, hacer diagnóstico de cortos circuitos intrapulmonares o en pacientes en protocolo de trasplante pulmonar.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

En los pacientes con CP debe de mantenerse el hematocrito entre 50y 60%..

Si $>$ 65% se debe realizar flebotomía con hemodilución.

En los pacientes con apnea obstructiva del sueño y CP, se recomienda utilizar CPAP (presión continua de la vía aérea) nocturno con equipo casero.

En pacientes con CP que requieren asistencia ventilatoria se debe evitar el uso de presión positiva al final de la espiración, presión inspiratoria $>$ de 30 mmhg, hipercapnia permisiva, acidosis, e hipoxia alveolar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Los objetivos del tratamiento incluyen disminución de la presión de la arteria pulmonar, optimizar el trabajo del ventrículo derecho, mejorar los síntomas y la sobrevida.

Todo paciente con CP debe ser evaluado para recibir oxígeno suplementario a largo plazo.

El oxígeno a largo plazo reduce el incremento progresivo de la presión pulmonar en los pacientes hipoxicos.

En los pacientes con CP por EPOC deben utilizarse con cautela medicamentos como Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio, alfa antagonistas y digoxina.

El edema en el CP habitualmente se controla con diurético.

Cuando se emplea diurético debe evitarse depletar el volumen intravascular y la alcalosis metabólica.

En pacientes con historia de embolismo o fibrilación auricular esta indicado el uso de anticoagulantes orales.

En pacientes con CP e inestabilidad hemodinámica, esta indicado usar vasopresores e inotrópicos intravenosos.

El oxido nítrico y las prostaglandinas inhaladas deben ser consideradas.

El trasplante pulmonar o cardio-pulmonar puede ser considerado para algunos pacientes con Insuficiencia cardiaca derecha refractaria secundaria.

Algoritmos

Algoritmo 1



