

más todavía debido al miedo que tiene de caerse. El marido asume los quehaceres con resignación, por todo lo que es y por todo lo que fue, así que, con melancolía, respondió a mi pregunta de “¿Qué tal lleva lo de cuidar de Juana?” con un: “A ver, ella haría lo mismo por mí.”

Impacto de la enfermedad en su vida

Hablamos un rato sobre cómo era la vida antes de que la mujer empezase a tener problemas con la rodilla, y entonces ella afirmó que había sido muy activa, que le encantaba bailar, que solían salir a cenar, que estaban todo el día de aquí para allá, comprando cosas, paseando, limpiando en casa. ¡No paraba! Se notaba claramente que se sentía muy limitada por la invalidez. Por lo demás, se encontraba bien físicamente, la rodilla era su única queja.

Psíquicamente, en cambio, parecía más afectada; según su marido, se la ve a veces muy decaída. Se le va la cabeza, repite las cosas y no se entera, en ocasiones, de lo que se le dice. La verdad es que no es nada raro, teniendo en cuenta que no sale nunca de casa y que las únicas visitas que recibe son las de sus hijos. Contaba el marido que solían salir a cenar con compañeros suyos de trabajo y con sus mujeres, pero que ahora no podían hacerlo a causa de su estado.

El marido se siente un poco agobiado por todas las tareas que ha tenido que comenzar a hacer, desde hace unos 4 o 5 meses, y a veces pierde la paciencia con ella porque se pone nervioso cuando ve que no se levanta a caminar y se pasa todo el día en el sillón. Por lo demás, cuida de ella con cariño y la mimaba todo lo que puede.

Aunque la paciente no supo explicarse, o quizá no entendimos su concepto de salud, dedujimos que para ella “salud” era poder hacer con 80 años lo mismo que hacía a los 20. Identificaba salud con no dolor y con no dependencia de nadie. Su calidad de vida no es todo lo buena que puede ser en una persona de 80 años.

Una cosa que observamos es que el miedo atroz que tiene a caerse y hacerse daño la han llevado a adoptar la postura más cómoda, que es la de sentarse en el sillón y dejar que le hagan todo. Esto no puede ser bueno para ella, ya que el poco ejercicio que podría y debería hacer lo elimina por completo. No parece muy concienciada de ello. El marido, en cambio, sí que lo está, y la presiona de vez en cuando para que lo haga.

Este matrimonio de ancianos ha acudido siempre a la medicina pública; en ningún momento manifestaron queja alguna. Aseguraban estar bien atendidos, y lo único negativo que dijeron, como de pasada, era que los especialistas tardaban mucho en darles hora para la primera visita.

¿Qué le gusta a Juana?

– Sentarse en el sillón a leer revistas de “cotilleos” que le traen sus hijos y su marido, caso de *Pronto*, *Diez Minutos*, *Hola*, *Semana*, etc.

– No le gusta coser, a pesar de que su madre era modista. Dice que no quiere coser ni siquiera un botón.

– No le gustan los toros; al marido, en cambio, sí que le gustan, aunque últimamente se pone muy nervioso y tiene que dejar de verlos.

– Le gusta el programa “Manos a la obra”, que emite Antena 3, y también “Martes y Trece”.

– Duerme mucho, se acuesta muy pronto, normalmente a las 21.30.

– Le gusta mucho ir a balnearios. El marido dice que lo está deseando, que son como unas vacaciones y que ahora las va a notar más él que su mujer, porque ella vive como una reina todos los días del año.

¿Qué necesita Juana?

– Un ascensor la animaría a salir a la calle a pasear, y de este modo ejercitaría las piernas, lo cual le sería de gran ayuda para mantenerse.

– Le vendría bien ir a vivir cerca de sus hijos.

– También sería bueno para ella y para su marido que gente joven, algún voluntario de un grupo de acción social o de la Cruz Roja la visitasen regularmente. A ella le animaría mucho tener gente joven alrededor, llena de ánimo y ganas de vivir, y a él le permitiría disponer de unos momentos para sí mismo en los que pudiera recuperar viejas amistades o darse el gusto de pasear por el Parque del Oeste (comentó que le gustaba más que pasear por la Dehesa de la Villa).

Conclusiones

Con problemas varios de salud, la paciente presenta sólo minusvalía para el desplazamiento, pero esto repercute enormemente en su vida al no tener ascensor. En un futuro próximo, la situación puede complicarse si aumenta el deterioro psíquico. Este caso clínico ilustra lo importante que es la situación social y las condiciones de vivienda al valorar el impacto de la enfermedad.

Agradecimiento

A los pacientes que abrieron sus puertas y compartieron su tiempo con nosotros. Y a su médico de cabecera, Juan Gervas, que nos aceptó en su consulta y, poniéndonos en contacto con la práctica médica, dio algo de sentido a nuestras largas horas de estudio. Gracias, también a este último, por la corrección del trabajo.

ANA TARJUELO

Alumna de tercero de Medicina. Universidad Autónoma. Madrid.

Pericarditis aguda. Actuación diagnóstica y terapéutica

Sr. Director: Las enfermedades del pericardio pueden ser reconocidas o sospechadas en un servicio de urgencias por dolor torácico típico, hallazgo casual electrocardiográfico, en radiografía de tórax o como diagnóstico diferencial entre los cuadros que producen bajo gasto cardíaco con fallo derecho.

Entre las enfermedades del pericardio que pueden motivar consulta en los servicios de urgencias están: las pericarditis aguda con o sin taponamiento cardíaco y las pericarditis constrictivas.

Por su frecuencia, nos vamos a limitar en la presente carta a tratar las pericarditis agudas.

La pericarditis aguda (PA) es un síndrome producido por la inflamación del pericardio. Este síndrome se caracteriza por la tríada de dolor torácico, roce pericárdico y trastornos de la repolarización de carácter evolutivo en el electrocardiograma. El diagnóstico de PA exige, por lo menos, dos de estos tres elementos citados, pues a veces el síndrome clínico no es completo. El dolor puede ser descrito como agudo, sordo, opresivo, urente, etc.

La etiología de la PA es múltiple y variada (tabla 1), siendo la causa más frecuente la idiopática. Como causas específicas se presentan, por orden de incidencia, pericarditis viral, síndrome postinfarto de miocardio, pospericardiotomía, insuficiencia renal, neoplasias, etc.

Es probable que la mayoría de los casos de pericarditis idiopática adquiridas en la comunidad sean virales no reconocidas, teniendo ambas una mayor incidencia en primavera y en otoño.

El diagnóstico clínico de la mayor parte de las enfermedades del pericardio suele ser fácil.

El patrón clínico característico de la PA lo compone el dolor torácico y el roce pericárdico. Suelen manifestarse por dolor localizado en la región precordial o retrosternal, irradiándose con frecuencia al cuello, borde del trapicio izquierdo, hombros, espalda, abdomen e incluso al borde interno del brazo izquierdo. A veces sólo se presenta el dolor en los puntos de irradiación. La intensidad del dolor es variable, aumentando ésta con la inspiración profunda, la tos, el decúbito supino y la rotación del tronco con los brazos elevados, y disminuyendo al inclinarse hacia delante. La duración del dolor puede ir desde horas hasta días y no tiene relación con el esfuerzo. La disnea no es frecuente, aunque el paciente puede referirla ante la necesidad de hacer respiraciones frecuentes y poco profundas para evitar el dolor torácico. El dolor se alivia o desaparece al acumularse líquido en el pericardio.

El cuadro clínico puede presentarse con fiebre, que suele ser baja e inconstante, pérdida de peso, tos, hemoptisis, etc. Dichos síntomas suelen ser causados por la existencia de una enfermedad sistémica.

Tabla 1. Etiología de la pericarditis aguda

Idiopática (la más frecuente)
Infecciosas
Virus
Bacterias (<i>M. tuberculosis</i> , neumococos, etc.)
Infarto agudo de miocardio (pericarditis epistenocárdica)
Pospericardiotomía
Uremia (en los casos de IRC no tratada)
Postinfarto agudo de miocardio (síndrome de Dressler)
Traumatismos
Neoplásica (metástasis de pulmón, mama, leucemia, linfoma, tumores primarios)
Enfermedades autoinmunes (IES, fiebre reumática, artritis reumática)
Enfermedades inflamatorias (amiloidosis, sarcoidosis, etc.)
Radiaciones
Otras (hipotiroidismo, aneurisma disecante de aorta)

El roce pericárdico es el signo físico más característico de la PA, y suele ser sistólico, diastólico o mixto y de intensidad variable. La presencia de roce no es constante ni está relacionada directamente con la cantidad del líquido, si bien su presencia es diagnóstica. Dicho roce se ausculta mejor en el borde esternal izquierdo bajo, durante la inspiración y espiración forzada y con el paciente sentado e inclinado hacia delante.

Si existe líquido pericárdico, los tonos cardíacos suelen ser normales o estar algo apagados.

Una vez realizada la consideración diagnóstica del dolor torácico, el siguiente paso obligado es la realización de un ECG sin detenernos en otros aspectos, ya que debemos detectar de forma rápida la posibilidad de cardiopatía isquémica (IAM, angina, etc.). Los cambios electrocardiográficos suelen ser característicos y surgen horas o días después del inicio del dolor torácico y pueden ser debidos a la inflamación del miocardio superficial.

Las manifestaciones electrocardiográficas son distintas según el estadio evolutivo del proceso. Así, nos encontramos con cuatro fases electrocardiográficas:

– *Fase I.* Se suele observar en todas las derivaciones, excepto en AVR y V₁. Lo característico de esta fase es la elevación del segmento ST con concavidad hacia arriba. Las ondas T suelen ser positivas en las derivaciones donde el segmento ST está elevado.

– *Fase II.* El segmento ST vuelve a la normalidad y la onda T se aplana. Esto ocurre varios días después de iniciado el proceso.

– *Fase III.* Inversión de la onda T en la mayoría de las derivaciones (no hay onda Q ni pérdida de voltaje en la onda T).

– *Fase IV.* Puede ocurrir semanas o meses después del inicio del cuadro clínico; lo característico es la normalización de la onda T, pero la persistencia de la onda T invertida durante semanas o meses se considera normal; por tanto no debe de interpretarse como persistencia de la PA.

Suele ser típico que se manifieste una taquicardia sinusal, siendo raras otras clases de arritmias.

En la PA no complicada la radiografía de tórax es normal.

No es de ayuda si existe un gran derrame pericárdico, proporcionándonos datos sobre la posible etiología de la PA (TBC, neoplasias, etc.).

El ecocardiograma se realizará de forma urgente en el medio hospitalario si existe sospecha, el diagnóstico no está claro y/o el paciente presenta clínica que debe ser tratada de forma urgente. De igual modo, será útil, aun siendo claro el diagnóstico, si existe cardiomegalia o compromiso hemodinámico.

No suele existir ningún dato analítico típico de la PA con excepción de algunos datos de etiología concreta (insuficiencia renal, incremento de la urea).

Podemos encontrarnos con leucocitosis y en ocasiones con GOT y CPK (y de su fracción MB) elevadas, cuando existe inflamación epicárdica o miocárdica asociadas.

El diagnóstico diferencial de la PA se debe establecer con todas las causas de dolor torácico (tabla 2), sobre todo las potencialmente graves.

La tabla 3 nos muestra los datos electrocardiográficos que diferencian la PA del IAM.

Los pacientes con PA se deberán derivar a un centro hospitalario:

- Cuando exista sospecha de PA y el diagnóstico no esté claro.
- Cuando exista compromiso hemodinámico.
- Cuando el paciente presente deterioro del estado general.
- Cuando exista sospecha de enfermedad sistémica grave.

En los casos en que el paciente no se encuentre en ninguna de las situaciones anteriores, se remitirá a su cardiólogo de zona para control de la evolución del cuadro.

El tratamiento extrahospitalario de la PA consiste en:

1. Reposo en cama mientras persista la fiebre y el dolor torácico.

2. Ácido acetilsalicílico, a dosis de 0,5 g/6 h por vía oral. También ha demostrado ser eficaz la indometacina, a dosis de 25-50 mg/8 h por vía oral.

Esta medicación se puede interrumpir después de 6-7 días si el paciente se encuentra asintomático.

Todos los pacientes deben ser remitidos a su cardiólogo de zona para control en los próximos 3-4 días.

En la actualidad no se considera indicado el tratamiento con corticoides, ya que está demostrado que al rápido alivio de los síntomas que se produce con su administración le sigue una recidiva de los síntomas al interrumpirlo.

No se debe utilizar antibióticos. En los casos de etiología conocida, el tratamiento será el indicado en esta patología, el cual se realizará en el medio hospitalario.

JUANA MARÍA GONZÁLEZ BARRANCO^a,
MARÍA JOSÉ CLEMENTE MILLÁN^a,
EMILIO ILDEFONSO GARCÍA CRIADO^b,

JOSÉ DE BURGOS MARÍN^a Y MARÍA TORRES TRILLO^c

^aFacultativo General Hospitalario. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. ^bMédico del Servicio Especial de Urgencias. Ambulatorio de la Avda. de América (Córdoba). Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. ^cATS-DUE. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Correspondencia: Dra. J.M. González Barranco.
Camino de los Sastres, 1, portal 6, 1.º A.
14004 Córdoba.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aris Fernández A, Martos Ferrer R, Sagristà Sauleda I, Ribero Casado JM. Manejo del enfermo con pericarditis aguda y crónica. Guías de Actuación Clínica en Cardiología Dirigidas a la Atención Primaria. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 1997; 34-45.
- Bayés de Luna A. Electrocardiografía clínica. Barcelona: Doyma, 1992.
- Braunwald E. Enfermedades del pericardio. En: Harrison. Principios de medicina interna (13.ª ed.). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995.
- González Gómez C. Enfermedades del pericardio. Manual de Urgencias Médicas (2.ª ed.). Madrid: Díaz Santos, 1997; 339-344.
- Harold Frielman H. Diagnóstico electrocardiográfico y vectocardiográfico. Barcelona: Salvat, 1989.
- López de la Iglesia J, García Andrés LE. Dolor torácico. Guía de Actuación en Atención Primaria. Madrid: SEMFYC, 1998; 374-384.
- Muñoz Ávila J, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Serrano Alférez I, Durán Serantes M, Jiménez Perepérez J. Manejo del dolor torácico agudo. Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias. Barcelona: Doyma, 1994; 289-297.
- Sagristà Sauleda J. Pericarditis. Tratado de urgencias. Vol. 1. Barcelona: Marín, 1995; 351-359.
- Shabetai R. Enfermedades del pericardio. Clínicas Cardiológicas de Norteamérica. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1990.
- Sole Solr J, Permanyer Miralda G, Sagristà Sauleda J. Pericardial disease: new insights and old dilemmas. Dordrecht: Kluwer Academic, 1990.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la pericarditis aguda

Patología cardiovascular
Dolor de origen coronario
Miocardopatía hipertrófica obstructiva
Aneurisma disecante de aorta
Prolapso de la válvula mitral
Hipertensión pulmonar o sistémica
Estenosis o insuficiencia aórtica
Patología pleuropulmonar
Derrame pleural
Neumonía
Neumotórax
Neoplasias
Tromboembolismo pulmonar
Patología del mediastino
Patología digestiva
Patología esofágica
Aerofagia. Síndrome del ángulo esplénico
Úlcera péptica
Pancreatitis
Patología de la pared torácica
Patología de origen psicógeno o funcional
Bolo histérico
Hiperventilación

Tabla 3. Diagnóstico diferencial electrocardiográfico entre IAM y PA

	Evolución	Localización	Segmento ST	Onda Q
PA	Rápida El segmento ST vuelve a la línea isoeletrica. Después se invierte la onda T	Todas las derivaciones salvo V ₁ y AVR	Elevado y cóncavo hacia arriba	Ausente
IAM	Lenta Onda T invertida mientras el segmento ST permanece elevado	Alteraciones en las derivaciones que registran la zona infartada	Elevado y convexo hacia arriba	Presente