

Portillo J. La sexualidad de los adolescentes. OPS, Fondo de Población de Naciones Unidas. Montevideo: Facultad de Medicina de Uruguay, 1992; 111-132.

Intervencionismo coronario y riesgo de hemorragia

Sr. Director: Cada vez son más los pacientes que acuden a nuestra consulta para seguimiento, una vez han sido dados de alta hospitalaria tras un episodio coronario agudo e intervencionismo percutáneo. Con gran frecuencia se indican en este tipo de enfermos potentes tratamientos antiagregantes y anticoagulantes que, sin duda, incrementan el riesgo de hemorragia. Presentamos el caso de una paciente que tuvo un infarto agudo de miocardio, realizándose posteriormente angioplastia coronaria con implantación de *stent* y que, tras ser dada de alta bajo tratamiento con aspirina, ticlopidina y heparina de bajo peso molecular, presentó fuerte hemorragia por la zona de punción femoral, que requirió cirugía urgente. Revisamos las principales complicaciones tras cateterismo cardíaco y las indicaciones de los distintos regímenes de antiagregación y anticoagulación en estos enfermos.

Caso clínico: mujer de 65 años de edad, diabética, que ingresa en nuestro hospital de referencia por infarto agudo de miocardio de localización anterolateral, tratado con trombolisis con rtPA. A los 7 días de ingreso presenta angina postinfarto, por lo que se realiza cateterismo cardíaco vía femoral derecha, que muestra lesiones graves en la arteria descendente anterior, sobre las que se practica angioplastia con implantación de endoprótesis vascular (*stent*); el ventrículo izquierdo presentaba acinesia extensa anterolateral, resultando la función sistólica global severamente deprimida (fracción de eyección, 28%). Poste-

riormente su evolución fue favorable, siendo dada de alta 6 días después bajo tratamiento con ácido acetilsalicílico, 200 mg/día; ticlopidina, 250 mg/12 h día, y nadroparina cálcica, 0,6 ml/12 h vía subcutánea, además de enalapril, omeprazol, insulina y nitratos transdérmicos. La ticlopidina se debía suspender al mes de su inicio y la nadroparina a los 3 meses. Diez días después del alta la paciente consulta por notar hemorragia en la región femoral derecha, pudiendo observarse importante hemorragia pulsátil a nivel de la punción de arteria femoral realizada en el cateterismo. La paciente se encontraba taquicárdica (120 lpm), sudorosa e hipotensa (TA, 80/55 mmHg), por lo que se administraron líquidos intravenosos y se realizó vendaje compresivo sobre la zona de hemorragia, siendo remitida al hospital donde fue intervenida de urgencia, observándose pseudoaneurisma iatrogénico de la arteria femoral derecha, fistulizado a piel. La paciente precisó transfusión de 2 concentrados de hemáties por anemia grave, no presentando complicaciones posteriores. Discusión: la combinación de ácido acetilsalicílico y ticlopidina es muy común tras la realización de angioplastia con *stent*, pues es el régimen antiagregante que mejores resultados presenta respecto a tasas de reoclusión y riesgos de hemorragia en comparación con otros testados previamente¹. En general, la ticlopidina se mantiene exclusivamente durante el primer mes, suspendiéndose posteriormente¹. En este tipo de pacientes se debe realizar hemograma de control a los 7-10 días de tratamiento, para descartar posibles alteraciones hematológicas por ticlopidina. La utilización concomitante de heparinas de bajo peso molecular es más infrecuente, administrándose en general cuando el resultado de la angioplastia ha sido subóptimo o cuando el paciente presenta un riesgo

elevado de embolismo de origen cardíaco, como alternativa al tratamiento con anticoagulantes orales; en nuestro caso la extensa acinesia anterolateral del ventrículo izquierdo con disfunción sistólica severa era la causa de predisposición al tromboembolismo. El riesgo de hemorragia en este tipo de pacientes se encuentra considerablemente elevado, por lo que tendremos que prestar especial vigilancia de cara a su posible presentación especialmente en el primer mes tras el alta.

Por otro lado, las complicaciones vasculares directamente relacionadas con el cateterismo son por fortuna infrecuentes (1% aproximadamente), pudiendo ser de diverso tipo como hematomas regionales (lo más común), oclusiones arteriales, embolismos, pseudoaneurismas, infecciones locales o fistulas arteriovenosas^{2,3}. Por ello deberemos valorar el aspecto de la herida de punción, la presencia de pulsos y la posible existencia de soplos continuos en la zona.

En resumen, se trata de un tipo de pacientes que van a precisar de una estrecha vigilancia en la consulta de atención primaria, especialmente en las primeras semanas tras el alta, dadas las diversas complicaciones potenciales que se pueden derivar tanto de su patología cardíaca como de los procedimientos y tratamientos empleados.

**M.C. Gómez Honrubia^a
y J.C. Gallego Page^b**

^aCentro de Salud Zona IV.
^bHospital General de Albacete.

1. Heras M, Fernández Ortiz A, Gómez Guindal JA, Iriarte JA, Lidón RM, Pérez Gómez F et al. Guías de actuación clínica de la sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento antitrombótico en cardiología. Rev Esp Cardiol 1999; 52 (10): 801-820.
2. Ricci MA, Trevisani GT, Pilcher DB. Vascular complications of cardiac catheterization. Am J Surg 1994;

167 (4): 375-378.

3. Heintzen MP, Schumacher T, Rath J, Ganchow U, Schoebel FC, Grabitz K et al. Incidence and therapy of peripheral arterial vascular complications after heart catheter examinations. *Z Kardiol* 1997; 86 (4): 264-272.

¿Dejan de fumar los pacientes con cardiopatía?

Sr. Director: El tabaco es la principal causa evitable de muerte en el mundo occidental. Muchos son los estudios realizados sobre el hábito tabáquico. En general, son muy heterogéneos tanto en los métodos utilizados como en muestras elegidas. Por tal motivo, decidimos realizar un estudio en nuestra población para ver si los resultados eran similares a otras series.

Diseñamos un estudio descriptivo, observacional, multicéntrico. Se incluyeron aquellos pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica y/o infarto agudo de miocardio (IAM) que requirieron ingreso hospitalario en los últimos 10 años. Excluimos los pacientes con problemas físicos o psíquicos que no hacían posible historiarlos. La proporción esperada era del 25%. Para un nivel de confianza del 90% y una precisión de 0,05, se seleccionó al azar de una muestra de 234 sujetos (pérdidas previstas incluidas). Establecimos como *objetivo principal*: ver la prevalencia de cardiopatías ex fumadores a partir del episodio cardíaco. Y como *objetivo secundario*: las características y factores de riesgo en estos sujetos. Hemos obtenido los siguientes resultados: 234 sujetos (151 varones y 83 mujeres); edad: $63 \pm 10,3$ años; un 43% era fumador. *Estadios Prochanska*: 60,4% precontemplación, 11,8% contemplación, 9,7% preparación, 2,2% acción, 10,3% mantenimiento y 5,6% finalización. Fuman habi-

tualmente: $20 \pm 1,54$ cigarillos/día. Fuman desde hace: $40 \pm 11,5$ años. Fuman menos cigarillos: 79,66%. Recibieron consejo médico antitabáquico: 17%. Intentaron dejar de fumar tras el inicio de cardiopatía: 22,6%. Recayeron al primer mes: 55,5%; a los 6 meses: 15,6%, y al año: 8,4%. Presentan cardiopatía isquémica: 88,3%. IAM: 33,57%. Inicio de la enfermedad cardíaca hace: $9 \pm 2,12$ años. Toman hipolipemiantes: 22,6%. Diabetes mellitus (DM): 30,65%. Son tratados con dieta un 52%, con antidiabéticos orales (ADOS) el 28%, con insulina un 20%. Toman antihipertensivos: 38% (de éstos, un 37% toma un solo fármaco). ACVAS previos: 11,67%. Beben alcohol: 52,55%.

Llegamos a las siguientes conclusiones: los cardiopatas disminuyen el hábito tabáquico. Muchos dejan de fumar en las primeras semanas, pero recaen. Muy pocos recibieron consejo médico antitabáquico. El número de fumadores es ligeramente superior al de la población general. Los pacientes más motivados forman la mayor parte del grupo de ex fumadores. El consejo médico habitual antitabáquico, breve, de forma reiterada, es uno de los métodos más eficaces y a nuestro alcance para impulsar el abandono del tabaco. En la bibliografía hemos encontrado que, tras presentar un episodio coronario que requiere hospitalización, el consejo antitabáquico consigue unos buenos resultados de abandono. No obstante, si el consejo no es reiterado ni tiene continuidad en los meses posteriores, los pacientes vuelven a recaer en el hábito del tabaco¹. Cuando la intervención es reiterada y se adapta al estadio del modelo transteórico (MTT) de Prochanska del sujeto, se obtienen buenos resultados tanto en la abstinencia del tabaco, como en el progreso de la fase de abandono. La intervención debe ser mínima y personalizada

a cada sujeto². Los tests breve de motivación (Richmond) y, en menor medida, de dependencia (Fagerström) son buenos predictores de la cesación tabáquica y se puede recomendar su utilización en atención primaria. Además, permiten detectar los sujetos más motivados, en los que se deberá incidir, por estar más predispuestos al abandono del tabaco³. Hay que ayudar al sujeto para que progrese a través de los estadios del MTT hasta el abandono del tabaco. Con la terapia nicotínica sustitutiva (TSN) sólo se alcanza un 50% de la nicotinemía obtenida con los cigarillos. El *spray* nasal, por su rapidez de acción, es la TSN que produce tasas de dependencia más altas⁴. Muchos consiguen dejar de fumar sin ayuda; sin embargo, otros realizan varios intentos previos sin lograrlo, convirtiéndose en precontempladores crónicos. La intervención debe ser breve, con una duración en torno a los 3 minutos. Reiterada posteriormente⁵. El mensaje de la intervención debe ser claro, directo, personalizado, resaltando los aspectos positivos que conseguirá con el abandono del tabaco. Hay que evitar los mensajes alarmistas y amenazadores. Según el estadio del MTT, el mensaje se acompañará de folleto informativo y/o guía práctica⁶.

**J.J. Labraca Sánchez,
A. Sánchez Mendoza, D. Orozco
Beltrán y B. Sánchez Ruiz**

Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento.
Unidad Docente. Alicante.

1. Moreno Ortigosa A, Ochoa Gómez FJ, Ramalle-Gómara E, Saralegui Reta I, Fernández Esteban MV, Quintana Díaz M. Eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes con infarto de miocardio. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (6): 209-210.
2. Jiménez Ruiz CA, Barruero Ferrero M, Carrión Valero F, Cordovilla R,