



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

211/16 - Me ahogo, no puedo más doctora

A. Arias Rosario^a, A. Romero García^a, V. Báez Pimentel^b, A. Moronta de la Cruz^b, D. Rosario Lapix^c y L. Alcántara Feliz^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Condesa León. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés del Rabanedo. León. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trabajo del Camino. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años. Antecedentes personales: No AMC. Vive solo, independiente. Exfumador HTA. DM2. Hipercolesterolemia, brucelosis en la juventud, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica grave FE 30%, DAI tricameral en 2011 Pendiente de trasplante cardíaco, ERC 3B, IQ: prostatectomía. Tratamiento habitual: Seguril: 1-1/2-0, Carvedilol 6,25: 1-0-1/2, Alopurinol 300, Alipza2: 0-0-1, Omeprazol 40, Orfidal, Candesartan, Orfidal, Fe oral, Humalog: 0-0-14, Lantus 54-0-0, Corlontor 5: 1-0-1. Paciente que constantemente acude a la consulta del MAP por disnea progresiva de mediano esfuerzo hasta llegar a hacerse de reposo con disnea paroxística nocturna, ortopnea, con edemas de EEII hasta las rodillas con fóvea, en varias ocasiones se acude a su domicilio porque no puede llegar al centro de salud. Dice a su médica: estoy cansado y apenado con usted doctora siempre le estoy llamando a que venga a verme, no puedo más hasta cuando estaré así, esto es lo más difícil que he pasado en mi vida la espera por un corazón sano, aparecerá el donante, a veces intento distraerme con la TV, leer, pero no puedo si llegase a tener a mi esposa junto a mí sería otra cosa no tengo a nadie doctora es duro y muy difícil lo que estoy viviendo, tengo la moral por el suelo esto es un sin vivir, cuando me pongo así que me ahogo me desespero y pienso que no llegare a recibir nunca esa llamada. Todas las noches lo primero que hago es poner a cargar el móvil en un lado de la cama. Ese es mi esposa, mi amigo mi compañero no lo dejo en ningún lado al despertarme digo: ¿me llaman hoy? ¿Aparecerá mi corazón? Estos ingresos son muy seguidos y frecuentes creo que no llegaré a recibir esa llamada. Nadie sabe cuándo se recibirá la llamada o cuánto tiempo durará la espera. Lamentablemente, esta parte del proceso está fuera de sus manos doctora, ¿usted cree que se solucionará? ¿Podré vivir un tiempo más hasta que aparezca ese corazón? Esa llamada que tanto necesito recibir el tiempo pasa y pasa cada día estoy peor. La esperanza de vida de un paciente trasplantado de corazón es de unos doce años tras la operación, aunque en muchos casos esta cifra es muy superior, ya que la media tiene en cuenta a los pacientes que pueden fallecer en cualquier momento de la evolución del trasplante, incluyendo el periodo preoperatorio inmediato, lo que reduce ostensiblemente la esperanza de vida. La insuficiencia cardíaca afecta negativamente la salud de la calidad de vida de los pacientes españoles hay poca información sobre los factores clínicos asociados con este problema. En un estudio transversal y multicéntrico de salud de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca pendiente de trasplante cardíaco. Un cuestionario específico (Kansas City Cuestionario de cardiomiopatía) y un cuestionario genérico (EuroQol-5D) se administraron a 1.037 pacientes ambulatorios consecutivos con insuficiencia cardíaca sistólica. La mayoría de los pacientes con mala calidad de vida tenían un peor pronóstico y una mayor gravedad de la insuficiencia cardíaca. La movilidad era más limitado y las tasas de dolor, malestar y ansiedad, depresión fueron mayores en los pacientes del estudio que en la población general y los pacientes con otras enfermedades crónicas. Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen una peor calidad de vida

que la población general española pacientes con otras enfermedades crónicas. El sexo femenino, al ser mayor, comorbilidad, síntomas avanzados, y la hospitalización reciente son factores determinantes en la salud de la calidad de vida de estos pacientes. Estos describen nuevas posibilidades para algunos medicamentos (epplerenona y ivabradina); ampliar los criterios para la resincronización, asistencia ventricular, y la diálisis peritoneal; y posibilidades de la cubierta de la reparación percutánea de la válvula mitral (MitraClip). El uso exclusivo del porcentaje de pacientes tratados, es un mal indicador de la calidad de la asistencia sanitaria en la insuficiencia cardíaca. Deben adoptarse medidas para mejorar el logro de la dosificación óptima en cada paciente. La identificación y el tratamiento de la causa subyacente de la insuficiencia del VD, como la embolia pulmonar aguda, síndrome de dificultad respiratoria aguda, descompensación aguda de la hipertensión pulmonar crónica, infarto del VD, o arritmia, es la estrategia de gestión primaria. Gestión de líquidos con criterio, el uso de fármacos inotrópicos y vasopresores, dispositivos de asistencia, y una estrategia centrada en la protección de RV para la ventilación mecánica, si es necesario, juegan un papel en el cuidado clínico de estos pacientes. Las investigaciones futuras deberían apuntar a la transformación de las restantes áreas de incertidumbre que resultan de la complejidad de la hemodinámica de RV y la falta de pruebas concluyentes con respecto a los enfoques de tratamiento RV-específica.