

Mujer de 74 años con astenia, tos y disnea de esfuerzo. Un caso de infarto indoloro

Sr. Director: El año 2002 se estimó que iban a producirse en España unos 68.500 episodios de infarto agudo de miocardio (IAM) y unos 33.500 ingresos hospitalarios por angina inestable, con un incremento absoluto del número de casos de IAM anual del 2,28% y de las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo anual del 1,41%, respectivamente, entre los años 1997 y 2005¹.

La cardiopatía isquémica (CI) tiende a presentarse a partir de la quinta década de la vida y aumenta su frecuencia con la edad y los factores de riesgo. España será el país más viejo del mundo en unas pocas décadas, según estimación de Naciones Unidas del año 2000², con lo que podemos esperar en un próximo futuro un aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas, entre ellas la CI.

El infarto de miocardio indoloro es una realidad clínica, de hasta un 20% del total de infartos³. Dada su no aparente urgencia vital, es muy probable que los pacientes afectos acudan primero a nuestras consultas de Atención Primaria con sintomatologías relacionadas.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años, sin hábitos tóxicos, ni diabetes, ni dislipidemia. Hipertensión arterial de diez años de evolución controlada con amlodipino 5 mg/día-. Un electrocardiograma (ECG) de control previo (fig. 1) mostraba un trazado con QRS de 120 ms de duración, con un vector terminal orientado anterior y a la derecha -rSR' en V1 y qRS en V6- característico de un bloqueo de rama derecha del haz de his (BRDHH). Vive sola. Acude a la consulta acompañada de una amiga, manifestando astenia, tos y disnea de esfuerzo progresiva de una semana de evolución, sin dolor torácico ni sintomatología vegetativa. En la exploración física observamos a una paciente sin apariencia de gravedad, consciente y orientada, con buena coloración de piel y mucosas. La tensión arterial es de 120/80, el corazón rítmico, sin soplos, 100/pm, y el pulmón con crepitantes bibasales. El ECG realizado en la consulta (fig. 2) nos muestra un IAM en fase temprana de cara inferior y posterior (ondas Q y segmentos ST supradesnivelados en DII, DIII, AVF, segmentos ST infradesnivelados en V2, V3) y un IAM en evolución de cara anterior (complejos QS en V4, V5, V6) -conviene recordar aquí que el BRDHH no inhabilita para el diagnóstico de isquemia coronaria, que sí lo hace el bloqueo de rama izquierda del haz de his-³.

Con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca izquierda secundaria a IAM fue remitida a la Unidad Coronaria, don-

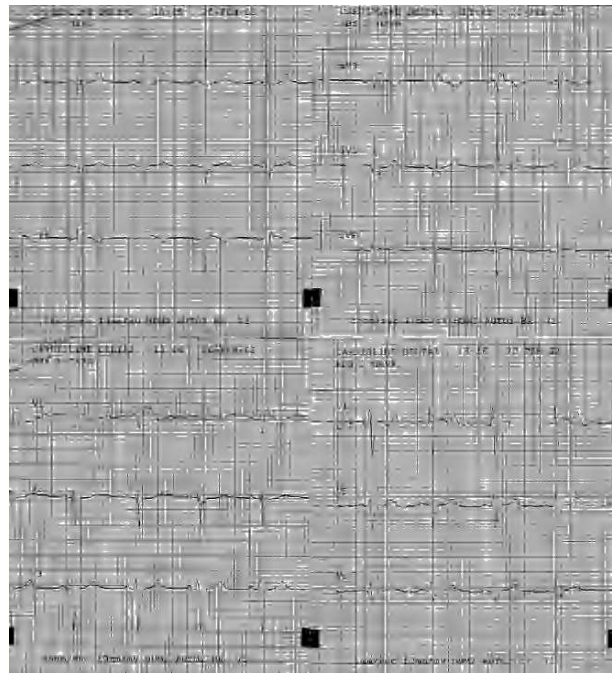


Figura 1. Electrocardiograma de control en mes antes. Trazado correspondiente a un bloqueo de rama derecha del haz de his (BRDHH).

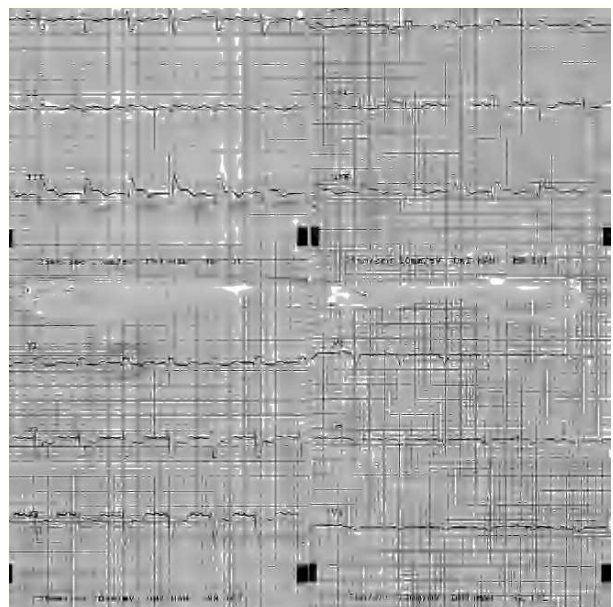


Figura 2. Electrocardiograma el día de consulta. Trazado correspondiente a un infarto agudo de miocardio (IAM) de cara inferior y posterior y a un IAM en evolución de cara anterior.

de durante su ingreso se le practicó un cateterismo cardíaco que evidenció una oclusión proximal de la descendente anterior y una oclusión de la coronaria derecha en la que se colocó un *stent*. El ecocardiograma evidenció la en-

trada del corazón de la paciente en fase de miocardiopatía dilatada de origen isquémico.

La paciente es dada de alta con un tratamiento antiagregante, diurético, bloqueador beta e inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, reingresando a la semana por crisis de taquicardia ventricular que, debido a las dificultades para su control vía farmacológica –amiodarona, procainamida–, requirió la colocación de un desfibrilador automático implantable (DAI) con excelente resultado terapéutico. Al año del primer episodio clínico de isquemia coronaria en forma de infarto indoloro, la paciente lleva una vida relativamente autónoma.

Esta paciente nos sorprendió durante el proceso diagnóstico en consulta por el hecho de encontrarnos sin haberlo sospechado –dada la ausencia de gravedad, dolor torácico o cortejo vegetativo– con un infarto de miocardio, extenso y evolucionado a insuficiencia cardíaca.

En efecto, el dolor es el signo más frecuente en los pacientes con infarto de miocardio. En ocasiones el discomfort llega a ser tan intenso que es calificado por algunos pacientes como el dolor más fuerte experimentado a lo largo de su vida. Este dolor es profundo y visceral, siendo adjetivado como un gran peso o transfixiante. Se localiza en posición centro-torácica y/o epigastrio. En un tercio de los casos se irradia a los brazos. Menos frecuentemente se irradia al abdomen, espalda, cuello o mandíbula. El dolor suele acompañarse de debilidad, sudoración, náuseas, vómitos, mareo o ansiedad. Sólo la mitad de los pacientes con infarto han tenido pródromos en forma de ángor inestable.

No obstante, aunque el dolor sea el síntoma más frecuente que acompaña al infarto de miocardio, no siempre está presente, como sucede en el caso que aquí nos ocupa. Hasta un total del 20% de los infartos pueden ser indolores. Su incidencia suele centrarse en pacientes diabéticos y mujeres, aumentando con la edad. En pacientes mayores puede presentarse como disnea repentina que evoluciona a edema pulmonar. Otras formas de presentación, aunque menos comunes, con o sin dolor, incluyen la pérdida súbita de conciencia, un estado confusional, una sensación de extrema debilidad, la aparición de una arritmia, la evidencia de un embolismo periférico o tan sólo un descenso inexplicable de la tensión arterial³.

Anotar aquí que el SCD-HeFT (*Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial*), que ha reclutado 2.521 pacientes entre septiembre 1997 y julio 2001, ha demostrado que el DAI aumenta la supervivencia y debería usarse, una vez evaluada la relación riesgo-beneficio en cada paciente de forma individual, en la mayoría de los pacientes con disfunción ventricular severa izquierda^{4,5}.

Debemos remarcar, pues, a raíz de este caso:

– Primero, el adecuado nivel de sospecha, con relación al infarto de miocardio indoloro, que debe acompañar a nuestro quehacer clínico diario, dada la alta incidencia del mismo y el elevado potencial de morbimortalidad al que indefectiblemente va unido.

– Segundo, la alta sensibilidad que los medios a nuestro alcance, al momento, en la consulta –historia clínica, ex-

ploración física, ECG previos y actuales– nos ofrecen con vistas a un diagnóstico rápido y fiable.

J. VERDÚ SOLANS, C. ALMIRALL BANQUÉ, E. REDONDO
GOROSTIZA Y M. GARCÍA MARTÍNEZ
Equipo de Atención Primaria Gavà-2. Gavà. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrugat J, Elosua K, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55(4):337-46.
2. United Nations. Population Division Department of Economic and Social Affairs Revision of the World Population Estimates and Projections. Ageing (Cited 2000 July 18) (8 pantallas). Disponible en: <http://www.popin.org/pop1998/8.html>
3. Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction. In: Harrison's principles of Internal Medicine. 13th ed. New York: McGraw-Hill, Inc; 1994. p. 1066-76.
4. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, Poole JE, Packer DL, Boineau R. Amiodarone or an implantable cardioverter - defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med*. 2005;352(3):225-37.
5. Kadish A. Prophylactic defibrillator implantation-toward an evidence- base approach. *N Engl J Med*. 2005;352(3):285-7.

Problemas relacionados con la medicación

Sr. Director: Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años, hipertenso en tratamiento con diuréticos y sin ningún otro antecedente de interés, que acudió a la consulta de medicina por encontrarse muy cansado y con malestar en relación con un cuadro catarral de una semana de evolución.

Cuando empezaron los síntomas el paciente acudió como desplazado a otro centro de salud y se le pautó un tratamiento sintomático.

Ante la falta de mejoría pasada una semana y dado el grado de astenia tan acusado que refería, acudió de nuevo a nuestra consulta. Sólo había tenido fiebre el primer día y ya no tenía dolor de garganta, ni mialgias ni rinorrea, sólo un poco de tos y un cansancio que él relataba como excesivo.

En la exploración estaba afebril, con normocoloración de piel y mucosas, faringe normal y sin adenopatías. La auscultación cardiopulmonar era normal. Tensión arterial de 100/70 mmHg y pulso con 68 lpm.

Revisando la historia clínica, el paciente tenía una analítica previa reciente normal, sin anemia y con fórmula leucocitaria y hormonas tiroideas normales. Su tensión arterial habitual era de 139/90 mmHg.

Ante la exploración normal, un cansancio de corta evolución, una analítica reciente normal y un proceso pseudogripal en evolución, se decidió esperar unos días y explicar al paciente que, poco a poco, iría experimentando la mejoría deseada y que ésta era la evolución habitual en muchos casos y que incluso podría seguir tomando el tratamiento sintomático.

Al hacer una nueva receta se constató que el medicamento que el paciente había estado tomando durante una semana cada 6 u 8 horas para el catarro era Co-diovan®, un medicamento para la hipertensión cuyo nombre comercial es parecido a otro medicamento comúnmente usado para procesos catarrales o pseudogripales: Cod-efferalgan®.

Lógicamente nuestro paciente no sólo no había mejorado de los síntomas catarrales, sino que además se había acentuado una bajada de tensión que le ocasionaba una asenia que, como él nos relataba, era excesiva.

Se denominan problemas relacionados con la medicación tanto a los efectos adversos como a aquellos efectos no deseados, debidos a errores de medicación¹. Tienen un origen multifactorial entre los que destacan la falta de informatización en las consultas, la especialización de la Medicina, así como la elevada disponibilidad de medicamentos y el desconocimiento la mayor parte de las veces por parte de los profesionales de su farmacocinética e interacciones. Cuando se producen, se comprueba que no ocurren por un único fallo, sino por la combinación de unos cuantos².

Los problemas relacionados con la medicación constituyen hoy en día una causa de morbilidad e incluso mortalidad muy significativa. Diversos estudios señalan que el número de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación es elevado y en muchos casos se podrían haber evitado¹. Estos errores suponen un gran coste asistencial y económico y originan además un coste personal importante, porque erosionan la confianza del paciente en el sistema y en los profesionales sanitarios que trabajamos en él.

En España no se da todavía la importancia que merece a este problema, aunque la magnitud sea similar a la de otros países de su entorno que, sin embargo, ya están implantando medidas de prevención sobre todo en hospitales².

En nuestro medio, Atención Primaria, no tenemos conciencia del problema, quizá sabemos que ocurre, pero como algo lejano y que incluso nosotros no podemos hacer nada para evitarlo. Nada más lejos de la realidad, porque como puerta de entrada al sistema sanitario y como eslabón de la cadena terapéutica debemos establecer las medidas oportunas para prevenir los problemas relacionados con la medicación.

Entre las medidas posibles a nuestro alcance están: informar al paciente utilizando una terminología clara y fácil de entender, asegurarse de que ha entendido la información suministrada y si es necesario dársela por escrito, mejorar la relación médico-paciente para consensuar la toma de decisiones, e involucrar a los miembros de la familia y cuidadores en el tratamiento establecido³ y en este caso, haber incluido en la anamnesis una pregunta solamente ¿qué medicación está tomando usted ahora mismo?

B. MORENO CABALLERO^a, R. CABRAL RODRÍGUEZ^a,
E. CLEMENTE LIROLA^a, F. ARRIETA BLANCO^a
Y M. CASTRO BENITO^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Aquitania.
Área 4 de Atención Primaria. Madrid.

^bDiplomado Universitario en Enfermería.. Centro de Salud
Aquitania. Área 4 de Atención Primaria.
Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carré X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med Clin (Barc). 2002;118(6):205-10.
2. Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública. 2003;77(5):527-40.
3. Moreno Caballero B, Sanz Pozo B, Castro Barrio M, Conde Bejarano C. Importancia de la información escrita para pacientes. FMC. 2001; 8(8):583.