

Enmascarada, evidente o acompañada, pero muy habitual

Así es la insuficiencia cardiaca. Y aunque es conocida por todos los médicos, no siempre se cae en la cuenta de que las dos causas más frecuentes que la precipitan son el incumplimiento terapéutico y las infecciones respiratorias. Aspectos que hay que tener más en cuenta, si cabe, cuando la persona que la padece es ya anciana, como es el caso.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F², Ruiz Arriazu A²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Mujer de 84 años con antecedentes de HTA esencial de 20 años de evolución, diabética tipo 2 desde hace 2 años, con estenosis mitral leve, hipertensión pulmonar leve e incontinencia urinaria de esfuerzo por insuficiencia de suelo pélvico desde hace 1 año, de la que no se quiso operar. En tratamiento con captopril 25 mg/12 horas, metformina 850 mg/12 horas y absorbentes. Episódicamente por insomnio toma medio comprimido de loracepam.

Acude a su médico por presentar tras un cuadro catarral, desde hace una semana, disnea de grado 2 NYHA que ha ido progresando a disnea grado 3 y ortopnea en los últimos días, junto con tos y expectoración clara, sin fiebre. A la exploración presenta taquipnea de 20 respiraciones/minuto; no hay cianosis, edemas ni ingurgitación yugular y la saturación de oxígeno de la hemoglobina es de 90%. Tiene una PA de 136/66, pulso rítmico a 100 lpm, temperatura de 36,3°C y se auscultan sibilantes espiratorios en todos los campos, sin roncus ni crepitantes. El médico diagnostica bronquitis con broncoespasmo y prescribe inhalador de budesonida y formoterol 160/4,5 mcg /12 horas.

A los dos días la paciente es atendida de noche en urgencias del centro de salud (CS) por intensa disnea. El médico de guardia objetiva sibilantes intensos en

todos los campos y una saturación de oxígeno de 84%, que mejora tras aerosol con salbutamol (1 cc) y metilprednisolona (40 mg IM). Al día siguiente acude nuevamente a su médico, quien sigue auscultando sibilantes, mantiene el tratamiento y añade azitromicina (500 mg/día, 3 días) y prednisona oral (30 mg/día durante 4 días, 20 mg día durante 4 días y 10 mg día durante 4 días), con la recomendación de que vuelva al terminar el tratamiento si no se encuentra mejor.

A los 7 meses vuelve la paciente refiriendo disnea nocturna sin ruidos en el pecho desde hace una semana, por lo que precisa dormir con 2 almohadas. A la exploración no hay edemas, PA de 140/78, auscultación cardiaca con suave soplo sistólico mitral 2/6, taquicardia a 104 lpm y algún extrasístole, escasos crepitantes en bases bilaterales, yugulares sin ingurgitación y saturación de oxígeno de 80%. En el ECG presenta taquicardia sinusal a 106 lpm sin alteraciones de la onda T o del ST, con algún extrasístole aislado. Se interpreta el cuadro como de insuficiencia cardiaca y se administra furosemida (20 mg IV). La paciente rechaza el ingreso hospitalario, por lo que se continúa con furosemida (IV cada 12 horas durante 2 días más), enalapril (5 mg/12 horas) y luego se instaura furosemida un comprimido oral diario y enalapril (10 mg/12 horas),

con lo que mejora la disnea y ortopnea de manera que a los 10 días del cuadro ya es capaz de hacer sus actividades habituales sin disnea y dormir sin almohadas; además mantiene unas saturaciones de oxígeno de 92%.

Posteriormente la paciente accede a ir al Cardiólogo, quien hace el diagnóstico de cardioesclerosis sin valvulopatía mitral significativa. Mientras le hacen un ecocardiograma prescribe carvedilol (6,25 mg/12 horas), torasemida (10 mg/día) y mantiene enalapril (10 mg/12 horas).

Transcurrida una semana la paciente vuelve por aumento de la disnea, con edemas bimaolares, PA de 120/66, pulso rítmico a 88 lpm y sibilantes pulmonares sin crepitantes. Por ello se retira carvedilol, se duplica la dosis de torasemida y se mantiene enalapril igual.

A los 10 días la paciente se encuentra mejor y trae el informe del Cardiólogo: en el ecocardiograma se observan signos de disfunción diastólica de ventrículo izquierdo, hipertrofia septal asimétrica y dilatación ligera de aurícula izquierda con fibrosis de sigmoideas, anillo y valvas mitrales, con insuficiencia mitral ligera. El cardiólogo prescribe enalapril igual, torasemida (5 mg/día) y parche de nitratos diurno.

Veinte días más tarde la paciente vuelve con intensa disnea, sin edemas ni fiebre ni síntomas catarrales ni signos de trombosis venosa en extremidades. La saturación de oxígeno es de 82%, la PA de 170/80 (dice seguir tomando el tratamiento pautado, pero en un control de PA una semana antes la PA era similar). La paciente no ha aumentado de peso y la auscultación cardiaca es normal, salvo taquicardia rítmica a 110 lpm, algún sibilante bilateral y crepitantes basales. De nuevo la paciente se niega a acudir a hospital para valoración, por lo que volvemos a añadir al tratamiento furosemida parenteral en vez de torasemida y lercanidipino (10 mg/24 horas).

Al día siguiente la paciente acude a urgencias del CS por intensa disnea. El facultativo de guardia la encuentra hipotensa (100/60) y cianótica (saturación de oxígeno de 80%). Ante la reiterada negativa de la paciente a ser derivada y el hallazgo de sibilantes difusos, administra metilprednisolona (40 mg IM) y aerosol con salbutamol (1 cc), con lo que la paciente mejora

algo (saturación de oxígeno de 88%). Suspende el lercanidipino y mantiene el resto del tratamiento igual.

Los dos días siguientes la paciente sigue con disnea grado 3-4 NYHA, sin edemas ni fiebre, ni tos ni expectoración, con escasa mejoría pese a los aerosoles dos veces diarios. Se niega a ir a hospital, pero admite acudir a un municipio cercano para hacerse una radiografía de tórax (sólo hacen posterior-anterior, **figuras 1 y 2**), donde se aprecia borramiento de la silueta cardiaca del lado derecho, derrame pleural bilateral escaso con pinzamiento de ambos senos costofrénicos y broncograma



Figura 1

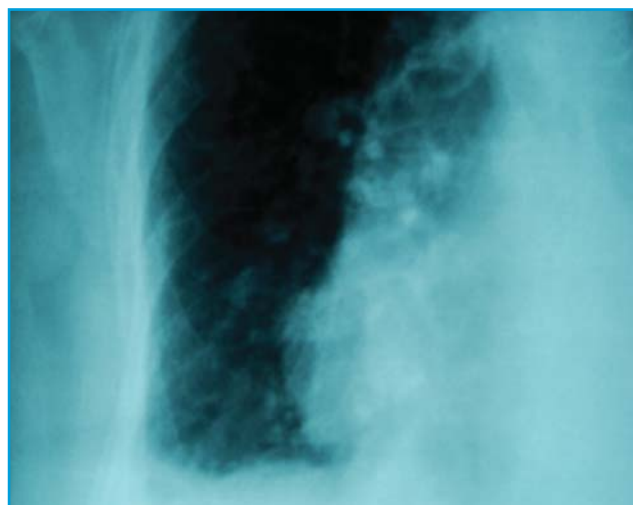


Figura 2

aéreo. Con el diagnóstico de neumonía se inicia tratamiento con moxifloxacino (400 mg VO diarios) y se mantienen los aerosoles, enalapril y furosemida oral, con lo que la paciente lentamente va mejorando de manera que a los 10 días la disnea es de grado 2 y la saturación de oxígeno de 90%.

COMENTARIO

La insuficiencia cardíaca en ancianos es una enfermedad muy prevalente, pues supone la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años. Es una enfermedad a veces difícil de diagnosticar, pues la clínica o la semiología no siempre es típica y puede ser confundida en ancianos con comorbilidad, entre otras enfermedades, con broncoespasmo secundario a infección respiratoria, como sucedió en nuestro caso en el primer episodio de disnea sibilante (sin edemas, estasis yugular ni estertores húmedos). Retrospectivamente ahora pensamos que ese primer episodio fue el inicial de insuficiencia cardíaca (IC) en esta paciente.

En el segundo episodio ya hubo crepitantes, por lo que se enfocó de manera correcta hacia la IC. En este segundo episodio el error, pensamos, fue del especialista, que recomendó carvedilol quizás de forma demasiado precoz y a dosis elevadas, teniendo en cuenta lo reciente del anterior episodio de descompensación, lo que precipitó un nuevo episodio.

El tercer episodio es demostrativo de las 2 causas precipitantes de IC más frecuentes: el incumplimiento terapéutico y las infecciones respiratorias. En primer lugar el incumplimiento, porque la paciente, hipertensa hasta entonces bien controlada con el tratamiento, empezó a tener sistólicas alrededor de 160-170 (posteriormente confesó que había dejado la torasemida porque le hacía orinar muchas veces y "se le escapaba la orina"). La infección respiratoria (incluso grave), paucisintomática en los ancianos, como sucede en el último episodio del caso, es frecuente en ancianos e inmunodeprimidos. Puede precipitar una IC latente o ya conocida y, lo que es más importante, sin el tratamiento adecuado de la infección no mejorará la insuficiencia cardíaca.