

Bradicardia Sintomática Súbita Como Presentación de Infarto Agudo del Miocardio en un Paciente Menor de 40 Años Evaluado en el Servicio de Urgencias de un Hospital tipo IV

Dr. Luis Sanhueza A.

*Médico E.D.F, certificado
ACLS-AHA/CEEAV,*

*Servicios de Hospitalización, Policlínico
de Morbilidad General y Urgencias
Hospital Yumbel, Servicio de Salud
Bío-Bío, VIII Región, Chile*

Catalina Carrizo C.

*Interna de Medicina
Universidad de Concepción*

Correspondencia a:
Luis Sanhueza A.
E-mail: luissanac@gmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, R.L.N, 39 años de edad, fumador de media cajetilla de cigarrillos al día, sin otros antecedentes mayores de riesgo cardiovascular y mórbidos de importancia. Inició cuadro de disconfort retroesternal mal definido, de 2 horas de duración, no relacionado a esfuerzo, no irradiado, asociado a disnea, mareo y fatigabilidad. Consultó 48 horas después por episodio de síncope, en el CESFAM de Monte Águila, donde se le constató lúcido, vigil, con presión arterial de 60/40 mmHg y frecuencia cardíaca de 27 lati-

SUDDEN SYMPTOMATIC BRADYCARDIA IN A 39-YEAR-OLD PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

dos por minuto, por lo que fue asistido con solución salina fisiológica a flujo máximo a través de vía venosa periférica de grueso calibre y se derivó al Hospital de Yumbel (hospital tipo IV) con la sospecha clínica de bloqueo AV completo. Ingresó al Servicio de Urgencias de este último centro en Glasgow 15, presentando presión arterial de 80/40 mmHg y frecuencia cardíaca de 39 latidos por minuto. Se encontraba pálido, frío, con llene capilar distal muy enlentecido y al monitor cardíaco evidenció bloqueo AV completo. Se asistió con oxígeno a FiO_2 de 0,5 (50%) por mascarilla modo Venturi, se administró bolo de atropina 1 mg e.v. y se inició infusión de dopamina a 10 μ g/Kg/minuto, con lo que se logró presión arterial de 150/70 mmHg y frecuencia cardíaca de 72 latidos por minuto. Una vez estabilizado, se realizó ECG de doce derivaciones, que corroboró el bloqueo AV completo, pero además mostró supradesnivel ST en D2, D3 y aVf, con presencia de Q patológica. En vista de este hallazgo, se suspendió la dopamina para reducir el consumo de oxígeno miocárdico y limitar la extensión del infarto, previniendo, también, el riesgo de inducción de arritmias ventriculares complejas. Se administró Aspirina en dosis de 300 mg a masticar y se instaló una segunda vía

venosa periférica para aporte de solución salina fisiológica adicional.

Dada la situación de cursar con un IAM de pared inferior con severo compromiso hemodinámico inicial, se asumió como muy probable la asociación de infarto de ventrículo derecho, sin comprobarse mediante evaluación de derivaciones complementarias V3-V4R, para priorizar su pronta y expedita derivación al Hospital Base de Los Ángeles, centro terciario de referencia, donde se le manejó con instalación de marcapasos transitorio, para posterior manejo definitivo en el Hospital Regional de Concepción mediante reperfusión por angioplastia primaria.

DISCUSIÓN

No es infrecuente, en Atención Primaria de urgencias, el enfrentamiento de pacientes que consultan por síntomas vagos y poco específicos, como cefalea, mareos, fatigabilidad, frialdad periférica, disnea, ortostatismo e incluso síncope, en los que se pesquisa bradicardia e hipotensión como elementos semiológicos y fisiopatológicos principales. Las actuales guías y protocolos recomendados por la American Heart Association (AHA) para el manejo ini-

CASO CLÍNICO

cial de estos pacientes, luego de asegurar una vía aérea permeable (invasiva o no), oxigenación suplementaria, acceso venoso, aporte de volumen y eventual uso de atropina, marcapasos transcutáneo o dopamina, señalan la necesidad de evaluar el ritmo cardíaco mediante un monitor, que permitirá precozmente investigar la presencia de Bloqueo AV de 2º Mobitz II o de Bloqueo AV Completo, que implicaría la urgente necesidad de instalar un marcapasos transvenoso. No obstante, independientemente de ello, una vez estabilizada la condición hemodinámica, se sugiere realizar siempre un ECG de doce deri-

vaciones por la alta posibilidad de etiología isquémica subyacente en bradicardias severas de instalación aguda¹. En ese sentido, se debe tener un alto índice de sospecha y evaluar especialmente la pared inferior o diafragmática (DII, DIII y aVf), por la frecuente asociación de la isquemia de este territorio con el desarrollo de bradiarritmias².

De pesquisarse un infarto de pared inferior, dada su alta asociación con infarto concomitante de ventrículo derecho (30 a 50% de los casos), se debe adicionar la evaluación de precordiales dere-

chas V3-V4R, donde la elevación del ST > a 0,5 mm, permitirá su diagnóstico³. Esto es de vital importancia, ya que el infarto de ventrículo derecho también se complica frecuentemente con bradiarritmias, como depresión sinusal, bloqueo auriculoventricular o fibrilación auricular lenta^{4,5}, y, sobre todo, con disfunción hemodinámica grave, con bajo gasto cardíaco e inestabilidad circulatoria sistémica severa, lo que condiciona un manejo especial, contraindicando el empleo de fármacos usados habitualmente para el manejo del Síndrome Coronario Agudo en los Servicios de Urgencia de baja complejidad,

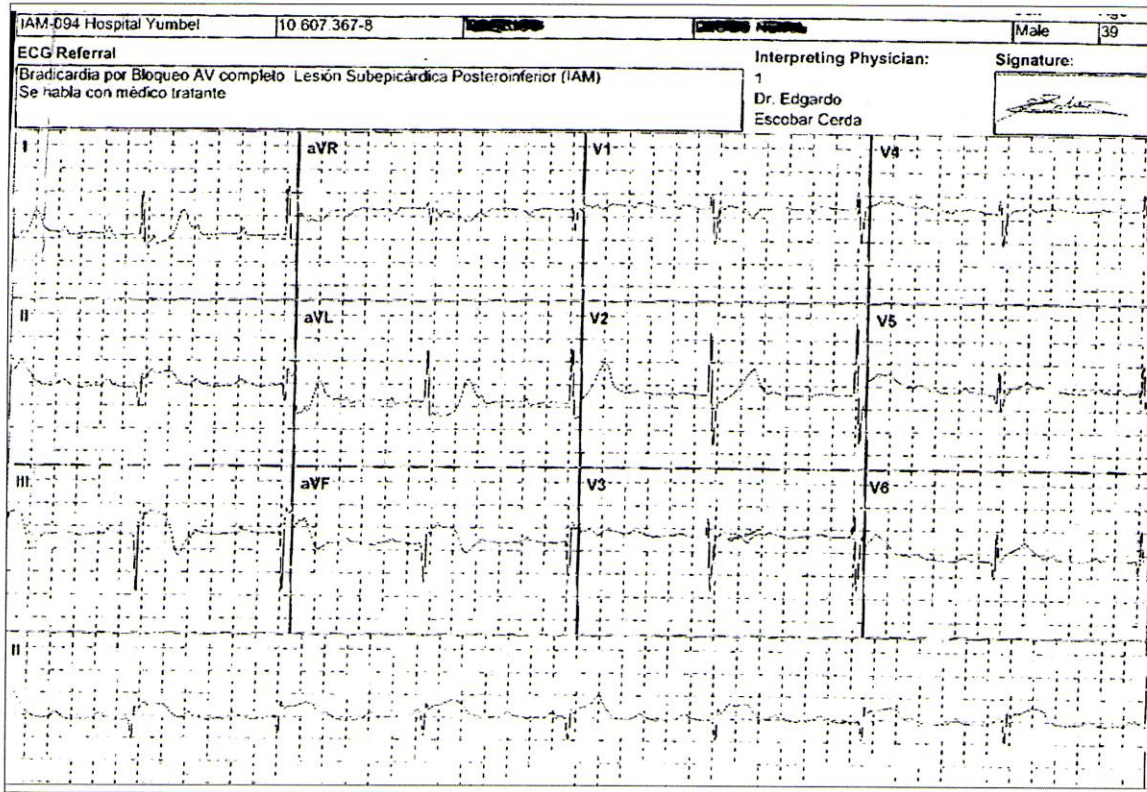


Figura 1.

como nitroglicerina, morfina o beta-bloqueantes, obligando el empleo de otras estrategias de intervención, fundamentalmente el aporte de volumen con soluciones salinas⁶, aspirina y eventual apoyo vasoactivo transitorio con dopamina, como puente en la derivación a centros terciarios para la reper-

usión precoz mediante angioplastia primaria^{7,8}.

Mantener un alto índice de sospecha de isquemia frente a pacientes afectos por bradicardias sintomáticas súbitas y estar familiarizado con estas frecuentes cadenas de eventos fisiopatológicos asocia-

dos, unidos a la implementación de un manejo ordenado y sistemático según la evidencia actual, permitirá un manejo integral con los limitados recursos disponibles en Atención Primaria, pero que puede sentar el pronóstico previo a la derivación a centros de mayor complejidad.

COMENTARIO DEL MÉDICO FAMILIAR

La bradicardia puede acompañar o presentarse en el infarto agudo del miocardio (IAM) de pared postero-inferior debido a la isquemia directa del nódulo sinusal y aurículoventricular, por obstrucción completa o parcial de la coronaria derecha que perfunde estos territorios en la mayoría de las personas. La isquemia provoca depresión sinusal y un bloqueo AV, respectivamente. Por este motivo es tan frecuente la asociación de bradiarritmias e IAM de pared posteroinferior.

Puede sumarse a esta situación una reacción vagal debida a la liberación de acetilcolina que ocurre por fenómeno reflejo (reflejo de Bezold-Jarisch). Este reflejo se manifiesta por: bradicardia, bajo gasto cardíaco, vasodilatación periférica con hipotensión arterial, salivación excesiva, náusea y frecuentemente broncoespasmo. Síntomas que presentó nuestro paciente en cuestión.

Por otra parte, sabemos que en más de la mitad de los casos de infarto agudo

del miocardio no existen síntomas premonitorios, y menos de 30% de los pacientes refieren angina previa. Por lo tanto, sospechar un IAM en un paciente que se presenta con una bradicardia y otros síntomas vagales no es fácil, menos si es joven.

A lo anterior, además, debemos agregar que en APS la gran mayoría de los pacientes traen a la consulta síntomas vagos que el médico, mediante la anamnesis y el examen físico, debe organizar en un diagnóstico (el 80% del diagnóstico está dado por la anamnesis y el examen físico) para, luego, indicar el tratamiento adecuado.

En nuestro caso particular, el paciente encontró en su CESFAM un equipo de salud preparado para detectar y enfrentar casos de urgencia. Si bien, este tipo de pacientes no puede ni debe ser tratado en un centro de salud de APS (por su complejidad terapéutica), sí los equipos de APS deben estar capacitados para entregar los primeros auxilios re-

queridos y trasladar al paciente crítico en condiciones adecuadas al centro hospitalario correspondiente.

Podemos aprender de este caso que la capacitación en urgencias de los equipos de APS es fundamental, al igual que mantener en los CESFAM equipamiento básico e insumos para este tipo de casos, aunque no sean muy frecuentes. Probablemente, esto sea prioritario en lugares alejados de los grandes centros hospitalarios donde la distancia y la capacidad de respuesta de los equipos de salud locales pueden hacer la diferencia entre vivir, morir o sobrevivir con secuelas.

Otro elemento que no debemos perder de vista es la importancia que debemos darle a la coordinación adecuada de la red asistencial de salud. En este caso, el paciente podría haber sido rescatado por SAMU desde el CESFAM Monte Águila y llevado directamente a Concepción, sin tener que pasar por Yumbel y luego Los Ángeles.

Dra. Gloria Bozzo S.
Médico Familiar

REFERENCIAS

- 1.- Guías 2005 de resucitación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia de la American Heart Association. *Circulation* 2005; 112: IV-1-IV-211.
- 2.- BERGER P B, RUOCCO N A Jr, RYAN T J, et al. Incidence and prognostic implications of Heart block complicating inferior myocardial infarction treated with thrombolytic therapy: results from TIMI-II. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20: 533-40.
- 3.- CORBALÁN R, CASTRO P, FERRANTE D. Complicaciones del Infarto Agudo de Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Roturas y Arritmias. En: Doval Hernán, Tajer Carlos: Evidencias en Cardiología

CASO CLÍNICO

- IV. 4ª Ed. Buenos Aires, Menos es Más srl; 2005 Cap 13, p 378-9.
- 4.- LOVE J C, HAFFAJEE C I, GORE J M, et al. Reversibility of hypotension and shock by atrial or atrioventricular sequential pacing in patients with right ventricular infarction. *Am Heart J* 1984; 108: 5-13.
- 5.- MAVRIC Z, ZAPUTOVIC L, MATANA A, et al. Prognostic significance of complete atrioventricular block in patients with acute inferior myocardial infarction with and without right ventricular involvement. *Am Heart J* 1990; 119: 823-8.
- 6.- GOLDSTEIN J A, VLAHAKES G J, VERRIER E D, et al. Volume loading improves low cardiac output in experimental right ventricular infarction. *J Am Coll Cardiol* 1983; 2: 270-8.
- 7.- Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia, 2005. www.minsal.cl
- 8.- ANTMAN E M, ANBE D T, ARMSTRONG P W, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines on the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 671-719.