
Casos Prácticos

Dr. Javier Blázquez Aroca.
Cardiólogo Mutua ASEPEYO

CASO Nº 1: HTA SEVERA

Varón de 60 años, que acude a reconocimiento médico anual, con antecedentes de infarto agudo de miocardio inferior hace 5 años, del que es controlado irregularmente por su cardiólogo, ya que el paciente no acude con regularidad. Está en tratamiento con Adiro 200, y un diurético esporádicamente. Ha vuelto a fumar hace 2 años, 30 cigarrillos diarios, mantiene un buen peso, Índice de Masa Corporal normal, no hace dieta de ningún tipo, y no controla tensión arterial ni parámetros analíticos. Su profesión es la de Asesor Jurídico de una gran Editorial con un grado de stress moderado y se encuentra subjetivamente asintomático.

Al tomarle la tensión se descubren cifras de 260/140, el ECG presenta infarto antiguo de cara inferior con extensión posterior, con modificaciones en el ST de cara anterior y lateral, que no tenía en el último reconocimiento efectuado hacía dos años y la auscultación no presentaba anomalías específicas, aparte de roncus bilaterales. Con Nifedipino sublingual se reduce su HTA a cifras de 210 / 110 mm. de Hg. y se le remite a su médico con carácter de urgencia, advirtiéndole de la necesidad de acudir a su cardiólogo para valoración de los cambios registrados en el ECG.

Posteriormente en contacto con su médico de empresa nos comenta que el paciente mantuvo cifras tensionales de 220 / 120 a 240 / 130 mm. de Hg. a pesar de tratamiento con beta bloqueantes (Atenolol) 100 mg/día y Enalapril, 20 mg/día. siempre asintomático, por lo que decide la Empresa enviar parte de accidente de trabajo por "Crisis hipertensiva" solicitando a la Mutua que se haga cargo del estudio. Realizado un Holter se verifica una HTA severa durante todo el día, no manteniendo ritmo circadiano habitual. Reinterrogado el paciente se le encuentran episodios de angor que él no relaciona con su cardiopatía isquémica, por lo que se le hace Ergometría, siendo ésta, positiva clínica y eléctricamente en el estadio I, por lo que se suspende y se le realiza coronariografía confirmando lesión de 3 vasos con obstrucción del 100 % de C.D. 90 % de la primera Obtusa Marginal y 75 % del tronco proximal de Descendente Anterior y 95 % de D.A. distal, con buena circulación

colateral en todos los lechos, difícilmente angioplastables, por lo que se decide tratamiento médico y si la clínica lo justificara, tratamiento quirúrgico.

Se le instaura tratamiento con Atenolol, 100 mg/día, Nifedipino 30 mg/día y Vals 80 mg/día, controlándosele la tensión al 9º día, además de las medidas higiénico dietéticas habituales, especialmente haciendo hincapié en la abstención total de tabaco, café, sal y grasas animales.

Tras 22 días consecutivos de control tensional diario en 2 tomas, matinal y vespertina, con cifras que nunca superaron los 170/085, con cifras medias de 150/080, se decide darle el alta, rechazando el parte de accidente de trabajo y pasando a la Seguridad Social, para control por Enfermedad Común, dado que su supuesta "Crisis Hipertensiva", fue descubierta casualmente en el transcurso de un reconocimiento médico rutinario, y sin clínica que lo sospechara. No obstante, antes de rechazarlo, se le realizaron todos los estudios necesarios, (Holter, Ergometría, incluso Coronariografía), para cerciorarse que no existieran otras causas. Ni la empresa ni el interesado reclamaron a la Mutua nada, siendo el interesado Asesor Jurídico de una gran Editorial.

CASO Nº 2: ANGINA INESTABLE

Administrativo de 55 años, que 3 años antes, sufrió una angina de pecho que le llevó a una ACTP a CD, que tras reestenosarse 2 meses más tarde, se le coloca un Stent anticoagulándose y con tratamiento con vasodilatadores coronarios, beta-bloqueantes y antagonistas del calcio. Se retira anticoagulación por hematuria masiva, sufriendo nuevos episodios de angor que llevan a una segunda ACTP, ésta vez a Cx.

Ante un nuevo episodio ocurrido en la empresa, es remitido a nuestra Mutua como accidente de trabajo para estudio y tratamiento.

– Ergometría:

Bajo tratamiento con nitratos y calcioantagonistas, clínica y eléctricamente positiva a partir del minuto 3. (110 l.p.m. y DP = 1.430, alcanzando el 72 % de frecuencia cardíaca máxima estimada, a los 6 minutos. Gastos energéticos finales que limitados por angina y disnea se calculan en 5 Mets). Máxima infradesnivelación del ST de 2'5 mm. en cara inferior y lateral. El dolor anginoso desaparece a los 5 minutos de recuperación con persistencia de infradesnivelación del ST de 1 mm. a los 8 minutos de recuperación. No arritmias, respuesta normotensiva.

– Ecocardiograma:

Dentro de la normalidad.

– Primera coronariografía:

Contractilidad segmentaria de V.I. normal con F.E. del 75%.

DA: sin lesiones.

Cx : 75 % proximal.

CD: lesión severa y larga proximal del 95%, con lesión del 75 % pósterobasal.

Se realiza ACTP a las 3 lesiones con buen resultado, quedando lesión residual del 30 % y 17 % respectivamente y disección leve en ambos casos en coronaria derecha y 35 % en Circunfleja.

– Tercera coronariografía:

Contractilidad segmentaria de V.I. normal

FE : 70 %

DA : sin lesiones

Cx : 70 %

CD : estenosis proximal pre-stent del 65 % y vaso distal con múltiples irregularidades. Lesión en segmento medio del 30 %. Lesión en origen de IVP del 60 %.

CI : irregularidades sin lesiones significativas.

Se realiza nueva ACTP a CD, lesión proximal con buen resultado inicial y lesión residual del 30 %, abandonando tras varios intentos, ACTP a IVP, sin lograrse el paso de la guía. Aunque permanece asintomático durante su ingreso esta vez, se plantea la Cirugía dadas las lesiones y probable mala evolución que tendrán, posibilidad que rechaza el paciente, a la espera de ver resultados de estas últimas ACTP.

A los 14 meses, tras varios ingresos en Urgencias por angina, visitas hospitalarias y consultas en su Cardiólogo, sufre uno nuevo, de los múltiples episodios anginosos en la oficina, siendo enviado a la Mutua por "Accidente de trabajo", con el diagnóstico de "Angina de pecho". Con Nitroglicerina sublingual e intravenosa cede el dolor, permaneciendo asintomático durante su estancia hospitalaria de 5 días.

DISCUSIÓN

Ante la evidencia de su historia clínica, con los factores de riesgo evidentes de tabaquismo importante (2 paquetes diarios desde los 16 años a los 54 que sufre su primer episodio de angina) colesterol elevado, sobrepeso, sedentarismo, HTA actualmente controlada y sobre todo, 2 años de sucesivos y reiterados episodios anginosos con lesiones angiográficamente demostradas de un mal árbol coronario, a pesar de ACTP reiteradas y Stent de Wiktor y una evolución tortuosa, como demuestran la múltiples consultas e ingresos en Urgencias, incluidos los ingresos hospitalarios e informes que lo avalan, ASEPEYO rechaza el parte de accidente de trabajo, aconsejando el control por Seguridad Social, y al paciente la posibilidad de Cirugía Coronaria, que ya le plantearon hace año y medio.

Esta vez, el paciente acepta la Cirugía, siendo intervenido en Febrero de 1.996 de doble by-pass a CX y CD, persistiendo asintomático desde entonces hasta la hora de escribir estas líneas (diciembre de 1997), con Ergometría negativa, clínica y eléctricamente, sin HTA ni arritmias.

Fue alta laboral a los 80 días de la Cirugía, aceptando empresa y paciente el rechazo por parte de la Mutua del parte de Accidente de Trabajo, permaneciendo en su habitual actividad laboral como administrativo.

CASO Nº 3: INFARTO DE MIOCARDIO CON BAJA FRACCIÓN DE EYECCIÓN

Varón, 58 años, delineante proyectista en empresa constructora de grandes obras públicas.

- A.C.V.A. en 1.980 hemisferio izquierdo, recuperado
- Fumador importante con hipercolesterolemia
- IAM en 1.994 con ACTP a DA

En 1995 reinfarcto de miocardio, que la empresa comunica a ASEPEYO como Accidente de Trabajo, ya que este episodio ocurre en una de las obras que estaba visitando, aunque esta actividad no era la habitual que desempeñaba.

A su ingreso, presentaba fibriloflutter auricular que precisó cardioversión, con posteriores episodios de Taquicardia Ventricular monomórfica, que responden al tº habitual antiarrítmico.

- Radiología:
Cardiomegalia con signos moderados de insuficiencia cardíaca.
- Ecografía:
Severa dilatación de ventrículo izquierdo con marcada disfunción sistólica y FE de 25% con fracción de acortamiento de 0'44.
Dilatación de A.I.
Aquinesia apical y del tercio distal de cara anterior.
Hipoquinesia inferior con alteraciones de la distensibilidad.
- Ergometria:
Eléctricamente no valorable. Clínicamente negativa al 64 % de frecuencia máxima calculada.
Pobre respuesta cronotrópica
Respuesta T.A. normal. No arritmias ventriculares.
Clase funcional I/IV.
- TALIO:
Necrosis anterior e isquemia inferior.
- Coronariografía:
FE: 0,20
Aquinesia anterior extensa con hipoquinesia del resto de segmentos
CI sin lesiones significativas
CD con lesiones irregulares distales
- Estudio electrofisiológico:
Se indica, por haber presentado episodios de taquicardia ventricular monomórfica con compromiso hemodinámico en las primeras 48 horas de su ingreso.
Se realiza protocolo de estimulación no consiguiéndose inducir arritmias ventriculares y con estimulación agresiva en infundíbulo de VD se induce fibrilación ventricular que cede espontáneamente. Se intenta eliminar flutter auricular con sobreestimulación pasando a fibrilación auricular. Posteriormente, tras cardioversión eléctrica, pasa a ritmo sinusal.

EVOLUCIÓN

Mala. Aumentan los episodios arrítmicos de TV que aunque no comprometen a nivel hemodinámico, tampoco responden al tratamiento habitual, incluida la sobreestimulación eléctrica. Ceden a veces espontáneamente, a veces tras medicación.

Tras reinterrogación en una visita rutinaria, la mujer del paciente comenta "que tiene un pequeño problema con el alcohol y con el tabaco", pues tiene depresiones durante las cuales bebe, no exageradamente, pero sí habitualmente y en dosis de más de 40 grs./día de alcohol. En cuanto al tabaco se fuma, "que ella sepa", unos 5 ó 6 cigarrillos/día. Ya se había pensado en ello, de hecho en uno de los reingresos, se le hizo determinación de etanol en sangre, siendo negativa, y de CO (monóxido de carbono) en aire espirado, dando unas cifras de 6 p.p.m. que es el límite de la normalidad (*).

Por lo tanto el caso actual que dió 6 p.p.m. el día se hizo, llevó a volver a preguntarle al paciente si había fumado o fumaba habitualmente, lo que negó "convincientemente", por lo que no se insistió más que en las recomendaciones habituales que por conocidas, no parece que hicieran el efecto esperado, así que ante el comentario de la esposa, insistimos con el paciente de forma que confirmó plenamente lo dicho por su mujer. Eso hizo cambiar la estrategia médica ya que es de sobra conocida la capacidad arritmogénica del tabaco, alcohol y café, juntos o por separado, más en este caso, que era verdaderamente peligroso, en un A.C.V.A. y reinfartado. Por lo tanto se solicitó ayuda a un Psicólogo Clínico que en colaboración con nosotros, facilitó las sesiones que creyó oportunas. Dado de alta con el firme propósito por parte del paciente de abandonar tabaco y alcohol y acudir a un Psiquiatra en caso de nuevos episodios depresivos, se le envía a casa, siguiendo de baja laboral.

En tres meses no tuvo más que un episodio de taquicardia ventricular que cedió espontáneamente al ir a colocar la vía estando en Urgencias, pero la disnea persiste, acrecentándose paulatinamente, por lo que se decide presentar a la E.V.I. para tratar su Incapacidad Laboral, que se concede en el grado de Incapacidad Absoluta en Abril de 1996.

DISCUSIÓN

Este caso lo rechazó ASEPEYO y ante la Magistratura de lo Social de Madrid lo perdió, teniéndolo que aceptar como "Accidente de Trabajo", a pesar de la historia clínica, antecedentes, factores de riesgo y que el primer infarto no fue accidente de Trabajo.

(*) Los no fumadores deben tener 0 p.p.m. Los fumadores pasivos pueden superar las 6 p.p.m. y llegar incluso a 10 - 12 p.p.m. dependiendo del humo-ambiente. Un fumador habitual de 20 cigarrillos/día que lleve más de 6 horas sin fumar seguirá dando cifras de CO en el aire espirado positivas de >6 p.p.m. Un no fumador que dé unas "caladas" de un cigarrillo, será inmediatamente positivo, dando cifras de CO de 10, 15, incluso más p.p.m. y un fumador habitual que lleve menos de 3 horas sin fumar, dará cifras de 30-40 y 60 partes por millón de CO.

CASO Nº 4: IAM CON BUENA FRACCIÓN DE EYECCCIÓN

Varón de 48 años, administrativo, exfumador desde hace 8 meses de un paquete diario de tabaco durante 30 años, hipercolesterolemia de larga evolución tratada irregularmente e hipertensión reciente en tratamiento con atenolol, que acude a Urgencias tras unas horas de dolor torácico que aumenta con el esfuerzo, acompañado de cortejo vegetativo, donde se le diagnostica de infarto agudo de miocardio pósteroinferior.

Se le trata con fibrinolisis con RTPA, evolucionando bien durante el ingreso, realizándose ergometría previa al alta hospitalaria, con resultado clínica y eléctricamente negativa, aunque no concluyente por alcanzar sólo una frecuencia cardíaca de 80 l.p.m. muy por debajo de la FC submáxima, sin arritmias ni respuesta hipertensiva.

– Ecocardiograma:

Hipoquinesia apical con FE de 0,68. Resto normal.

Tras alta hospitalaria acude a ASEPEYO, para control y valoración de su evolución. Refiere desde el alta, angina de esfuerzo (al subir el tercer piso), acompañada de disnea, por lo que se le aconseja coronariografía. Aporta otra ergometría realizada 2 meses antes de su infarto, pedida por su cardiólogo de la Seguridad Social por presentar angina de esfuerzo desde 6 meses antes, por lo que le aconsejaron dejar de fumar y controlarse colesterol y tensión arterial, haciendo lo primero. Dicha ergometría realizada sin tratamiento con atenolol, resulta concluyente, clínica y eléctricamente negativa, alcanzando el 93 % de la FCMP y con gastos energéticos calculados en 14 mets, sin arritmias y con HTA desde el estadio III manteniéndose cifras altas, especialmente sistólicas, durante la recuperación, por lo que comienza a tomar atenolol.

Así pues, en resumen, tenemos un varón de 48 años, administrativo, con antecedentes de tabaquismo de 30 años, exfumador desde hace 8 meses, hiperlipemia no tratada e hipertensión arterial tratada con atenolol, que desde hace unos 8 meses, presenta angina de esfuerzo y hace 2, sufre un infarto agudo de miocardio pósteroinferior con buena fracción de eyección, de 0'68, que en la actualidad presenta angina de esfuerzo postinfarto, por lo que se le realiza coronariografía.

– Hemodinámica:

V.I. no dilatado ni hipertrófico sin anomalías de la contractilidad segmentaria FE de 0'66.

CI : sin lesiones significativas

CD: dominante con lesión significativa en el origen de una rama pósterolateral de buen desarrollo y calibre.

Se realiza ACTP a dicha rama pósterolateral de CD con buen resultado inicial (estenosis residual del 20 %). Coincidiendo con la retirada del introductor, hizo una reacción vagal que se resolvió con atropina y salino.

A los 4 meses de la angioplastia, se realiza nueva Ergometría, concluyente, clínica y eléctricamente negativa, con gastos energéticos calculados de 14 mets, sin arritmias ni HTA y mejora del Doble Producto a cifras de 14.800.

Está libre de angina desde la realización de la angioplastia, realizando ejercicio físico habitualmente, permaneciendo controlados colesterol e hipertensión, por lo que se le da el alta médico - laboral, permaneciendo asintomático y libre de angina al año de su ingreso hospitalario, conservando el buen resultado de la ACTP, con estenosis residual prácticamente igual a la de hace un año.

DISCUSIÓN

ASEPEYO rechazó este caso como accidente de trabajo, por la historia clínica de angina desde 8 meses antes de su infarto, que no mejoraba con el tratamiento médico y que el día de su ingreso por IAM llevaba horas con dolor torácico, desde el momento de levantarse. Demandado ASEPEYO por el paciente, la Magistratura de lo Social de Madrid da la razón a la Mutua en base a ser probados los antecedentes de anginas repetidas desde unos meses antes de su infarto, y que el día de su ingreso, los primeros síntomas los nota en su domicilio, acudiendo al hospital desde el centro de trabajo, cuando consideró que las molestias eran excesivas.

CASO Nº 5: ANGINA ESTABLE CRÓNICA

Varón de 43 años, Director de Recursos Humanos en una empresa de más de 500 trabajadores, fumador de más de 20 cigarrillos/día, desde hace 23 años, hipercolesterolémico no tratado, obeso, que acude a consulta por dolor precordial desencadenado por el esfuerzo físico. Ingresado hace un año por dolor de las mismas características, con ECGs y enzimas repetidas normales. Ergometría clínica y eléctricamente negativa en aquella ocasión, por lo que le diagnosticaron, dolor torácico inespecífico. Esta vez, el dolor refiere que le da en la oficina, por lo que acude al hospital de la Seguridad Social y la empresa nos envía parte de accidente de trabajo, con el diagnóstico de "infarto de miocardio".

Reestudiado en el hospital de nuevo, ECGs, Rx de tórax, protocolo de enzimas y ergometría, son normales, y sólo las cifras de colesterol en 320 mg/dl con HDL de 26 son anormales, por lo que se le da el alta hospitalaria con el diagnóstico de cardiopatía isquémica, angina de esfuerzo estable. hipercolesterolemia.

Su evolución posterior al alta, es mala con continuos dolores torácicos que ceden con cafinitrina sublingual, por lo que acude a ASEPEYO para valoración.

Vista la historia y estudios realizados, se decide realización de coronariografía ya que la ergometría es no concluyente, eléctricamente negativa y clínicamente positiva, a partir del minuto 6, positividad que desaparece inmediatamente con el reposo. No arritmias ni respuesta hipertensiva.

– Primera coronariografía:

- Coronaria derecha dominante con múltiples estenosis no significativas en toda su extensión, con imagen en rosario.
- Estenosis severa del 90 % después de originar la descendente posterior y previo al origen de una rama pósterolateral, que es un vaso de muy buen

Casos Prácticos

calibre, existe circulación colateral héterocoronaria, observándose la presencia de flujo competitivo en el ramo pósterolateral.

- Tronco coronario izquierdo normal.
- Arteria descendente anterior con irregularidades en su segmento proximal y estenosis moderada (60 %) en su segmento medio - distal, con buen lecho distal.
- Arteria circunfleja sin lesiones significativas.
- Función de VI normal. No signos de insuficiencia mitral.
- Diagnóstico coronariográfico:
 - Cardiopatía isquémica. Angina de esfuerzo
 - Estenosis severa de coronaria derecha
 - Estenosis moderada de descendente anterior
 - Múltiples lesiones e irregularidades, aunque no significativas, en toda la extensión de la coronaria derecha (imagen en rosario)
 - Función de VI global y segmentaria normal
 - No insuficiencia Mitral

Ante el diagnóstico, se decide angioplastia percutánea con balón para intentar revascularización coronaria , realizándose con éxito sobre lesión de coronaria derecha, tras 4 inflados consecutivos y consiguiendo una estenosis residual del 15 %, siendo dado de alta tras evolución satisfactoria.

A los 6 meses de la ACTP, se decide nueva coronariografía ante los múltiples episodios de angor de esfuerzo, cada vez más frecuentes y con esfuerzos más pequeños, que a pesar de ergometrías negativas, como las veces anteriores, hacen pensar en reestenosis de la coronaria dilatada y /o empeoramiento de sus otras lesiones, a pesar de estar controlados sus factores de riesgo desde el principio de su tratamiento y de elevar dosis de betabloqueantes, nitratos, antagonistas del calcio, nitroglicerina dérmica y sublingual, manteniendo antiagregantes e hipolipemiantes.

- Segunda coronariografía:
 - Tronco coronario izquierdo sin lesiones significativas
 - Descendente anterior : lesión del 75 % en porción medio - distal, que ha progresado en relación al anterior estudio de hace 6 meses
 - Coronaria derecha : dominante, con estenosis del 90 % , (reestenosis) y sin cambios en el resto de lesiones múltiples arrosariadas.
 - Circunfleja : sin lesiones significativas

A continuación, se realiza nueva ACTP, presentando un episodio de fibrilación ventricular al realizar una inyección de contraste, que desaparece tras choque eléctrico. Tras dicho episodio, se continúa con la ACTP, implantando un Stent de Palmatz - Schatz en coronaria derecha ante las características de la lesión y otra ACTP a descendente anterior, ante la progresión de la lesión en tan poco tiempo.

- Diagnóstico coronariográfico:
 - Cardiopatía isquémica. Angor estable
 - Lesión de dos vasos, (descendente anterior 75 % y coronaria derecha 90 % distal)

Estudio de la Incapacidad Laboral por Enfermedades Cardiocirculatorias

- ACTP sobre coronaria derecha, con implantación de Stent de Palmaz-Schatz
- ACTP sobre lesión de descendente anterior

La evolución fue muy buena los 3 primeros meses, pero a partir de entonces, reaparecen episodios de angina, esta vez mixta, con predominio de reposo y en situaciones de stress laboral, (recordamos que se trata de un Director de Recursos Humanos de una empresa de más 500 trabajadores), sufriendo hasta dos episodios diarios y varios semanales. Nueva ergometría, que vuelve a ser negativa, como todas las anteriores, y en el Talio se observa perfusión paradójica de cara inferior, sin otras alteraciones. Ante la presentación de 6 episodios seguidos de angina, con buena respuesta a la solinitrina sublingual en 24 horas, se vuelve a ingresar a los 6 meses exactos de la segunda coronariografía para estudio y valoración realizándose una tercera coronariografía, tras los estudios habituales, de ECGs, Rx, analíticas, ecocardiograma Doppler y exámenes físicos, que seguían dando resultados dentro de la normalidad a excepción de tensiones arteriales altas (140/095 de media), y unas cifras de colesterol de 238 mg/dl con HDL de 32 y GGTP 76.

- Tercera coronariografía:

(Para no ser reiterativo, sólo se apuntan datos distintos de los anteriores, dando por hecho que lo que no se comenta, es porque sigue sin cambios).

Descendente anterior : lesiones menores múltiples que se asemejan a las de la coronaria derecha, con lesión del 50 % en porción distal, 75 % en bisectriz y 50 % en origen de marginal obtusa.

Circunfleja : dudosa lesión ostial leve.

Función global eyectiva y segmentaria de ventrículo izquierdo normal.

- Diagnóstico coronariográfico:

- Cardiopatía isquémica. Angina mixta.
- Enfermedad de tres vasos.
- Stent de Palmaz-Schatz en CD permeable.
- Reestenosis de descendente anterior, porción distal del 50 %.
- Estenosis del 75 % de bisectriz.
- Estenosis del 50 % en origen de marginal obtusa.
- Lesiones múltiples moderadas en descendente anterior.

DISCUSIÓN

A la vista del empeoramiento tan rápido, se decide la tramitación de Incapacidad Laboral, como trámite administrativo y el refuerzo del tratamiento médico sin descartar la posibilidad quirúrgica, aunque dada su juventud se intentará retrasar, ya que es muy posible que los by pass se deterioraran igualmente, por existir los antecedentes familiares (padre y hermano de 38 años con cardiopatía isquémica con infarto agudo de miocardio) y los personales con reestenosis casi automáticas de las sucesivas angioplastias, aparte de los factores de riesgo.

Se descarta de momento la cirugía coronaria, a la espera de la evolución, dictaminando el Equipo de Valoración de Incapacidades N° 2 del Instituto Nacional de

la Seguridad Social, la INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL por la contingencia de Accidente de Trabajo, para su profesión habitual de Director de Recursos Humanos, por haberse objetivado en la actualidad las siguientes lesiones: Cardiopatía isquémica. Lesión de dos vasos, coronaria derecha y descendente anterior. Angioplastia sobre ambas, con nuevas reestenosis. Stent sobre CD.

Fracción de eyección y función ventricular normales. Obesidad. Hipercolesterolemia, y que deberá ser revisada por MEJORÍA, el 1.3.98.

A la hora de cerrar este capítulo, enero de 1998, el paciente se mantiene estable, habiendo presentado sólo dos episodios de angina muy autolimitados y habiendo conseguido mejorar sus cifras tensionales y de sobrepeso. Aún así, el pronóstico no es muy bueno, aunque al suprimir todo tipo de stress laboral como consecuencia de su Incapacidad, se ha corregido uno de los factores, que siendo muy discutido, parece cierto que influye o afecta en ciertos casos: éste, puede ser uno de ellos. Lo evidente aquí, es que la historia familiar es determinante, y si a eso se unen los factores de riesgo coronario, el resultado suele ser muy parecido al caso comentado, que afortunadamente no es frecuente, dada la progresión casi instantánea y la complejidad de sus lesiones.

CASO Nº 6: MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Varón de 42 años, maquinista de empresa dedicada a sondeos e inyectados de hormigón, desde la cabina de la máquina, desde hace 21 años.

Diagnosticado de miocardiopatía dilatada hace 5 años, no hace revisiones desde hace 3. La empresa solicita informe de capacitación laboral o idoneidad laboral de este trabajador, que no ha tenido ningún periodo de baja en los últimos 5 años.

- Biometría:
Peso: 109 Kg.
Talla: 1,73 m.
T.A.: 155 / 105
- Antecedentes familiares:
Padre muerto por cardiopatía sin filiar hace 22 años
Hermana obesa, diabetes mellitus tipo 1
- Antecedentes personales:
Exfumador y exbebedor desde hace 3 años
- Situación actual:
HTA sin ttº farmacológico ni higieno - dietético.
Disnea de pequeños / medianos esfuerzos, no bien valorables por su sobrepeso.
No ortopnea.
No edemas.
- Auscultación:
Extrasistolia frecuente.
Soplo mesosistólico área aórtica grado II/VI.

Estudio de la Incapacidad Laboral por Enfermedades Cardiocirculatorias

- ECG:
Ritmo sinusal a 92 l.p.m. con E.S.V. politópica no acoplada.
Trastornos inespecíficos de repolarización cara lateral y lateral alta.
- Analítica:
Glucemia: 292
Triglicéridos: 398
SGOT: 49
SGPT: 72
GGTP: 66
- Ecocardiograma:
 - V.I. moderadamente dilatado (Dd = 72 mm) no hipertrófico (9 mm) con hipocontractilidad global. FE = 0,36.
 - Función sistólica global moderada - severamente deprimida.
 - Datos indirectos de importante alteración de relajación.
 - Raíz aórtica ligera - moderadamente dilatada (43,8 mm.) con válvula aórtica normal.
 - Dilatación ligera de aurícula izquierda (42 mm).
 - Grasa pericárdica abundante.
- Informe emitido a la empresa y al interesado.

A petición de(nombre de la empresa) y con el acuerdo expreso y firmado de D.....(nombre del trabajador) a quien se explica detalladamente el por qué y para qué de este estudio, se emite el siguiente informe:

Paciente diagnosticado de miocardiopatía dilatada hace 5 años, que lleva 3 sin controles y 10 meses de baja no justificada claramente.

Paciente obeso, HTA sin control ni tratamiento, con analítica de sangre alterada por una muy probable diabetes mellitus, con elevación de transaminasas hepáticas y triglicéridos. Ecocardiograma que muestra un miocardiopatía dilatada moderada, con una fracción de eyección deprimida, de 0,36 y una disnea no muy bien valorable por su sobrepeso.

Es imprescindible controlar su diabetes, con lo que mejorará su sobrepeso, disnea y hemodinámica. Para ello debe seguir una dieta rigurosa y controlarse por su Endocrino. Igualmente es imprescindible controlar su hipertensión arterial y sobrepeso, alteraciones todas ellas muy interrelacionadas y más importantes que su miocardiopatía, que deberá seguir controlando y valorando su Cardiólogo.

En cuanto a su miocardiopatía, dado que su evolución es incierta, no es recomendable el actual puesto de trabajo, por él y por riesgo de terceros. Por lo tanto su situación clínico - laboral no es invalidante pero aconseja cambio de puesto de trabajo y alta laboral inmediata, con controles rigurosos por endocrino y cardiólogo además de los que le hagamos anualmente en ASEPEYO o en la Mutua a que pertenezca su empresa.

Fdo. Dr.....

DISCUSIÓN

Este es un caso típico que se presenta a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y en concreto a los Servicios de Salud Laboral o Medicina Preventiva, en el que una empresa solicita un informe de capacitación laboral sobre un trabajador que o bien lleva un tiempo de baja no justificada para la empresa, como era este caso, o bien ha estado de baja justificada (por accidente de trabajo o por enfermedad común) y la empresa quiere una valoración clínico - laboral del interesado antes de la reincorporación a su puesto de trabajo habitual.

Este tipo de "informes", que emiten las Mutuas, no los hace en ningún caso la Seguridad Social, quizá por la visión puramente clínica, que es la más habitual de los médicos del INSALUD y por la rutina en la realización de los informes de alta hospitalaria, ya que en las bajas ambulatorias, no se hace ningún tipo de informe de alta. En esos casos, la valoración del daño corporal o la peritación global de la situación clínica, física y psíquica, en relación específica con la tarea que habitualmente realiza el paciente, es de gran importancia para la empresa y para el interesado, por lo que en todos los casos, se hacen 3 copias de dicho informe: una para la empresa solicitante, otra para el interesado y otra para nuestro archivo. De esta forma, se evitan desconfianzas y malos entendidos por todas las partes afectadas. A veces, una de las partes no está de acuerdo con el informe y puede acudir a peritaciones distintas, siendo la empresa y el trabajador los que deben llegar a un acuerdo, ya que la Mutua, simplemente acepta realizar el informe de capacitación, pero no es vinculante ni tiene una validez jurídica inapelable. Cualquiera de las partes puede solicitar informes de Valoración de Daño Corporal a cualquiera de los gabinetes privados que existen, que pueden coincidir plenamente o no, con el elaborado por la Mutua, y si no se llega a ningún acuerdo, serán los Tribunales los que terminen dictando sentencia, si tampoco han estado de acuerdo con el dictamen emitido por el E.V.I. correspondiente, que siempre será previo a la denuncia ante un Tribunal de lo Social.

Dr. Javier Blázquez Aroca
Cardiólogo. Médico de Empresa