

Síndrome del falso culpable

False Guilt Syndrome

Leandro Ambrosio Segura Pujal^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7960-3717>

Alfredo Enrique Arredondo Rubido² <https://orcid.org/0000-0003-3578-1663>

¹Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

²Policlínico Comunitario Docente “Joaquín de Agüero y Agüero”. Camagüey, Cuba.

* Autor para la correspondencia: lsp71268@yahoo.es

Recibido: 31/07/2023

Aceptado: 14/08/2023

Estimado editor:

La introducción del marcapasos (MP) tiene más de 60 años y constituyó un avance importante en la medicina moderna, tanto que se habla de la marcapasoterapia para reconocer su valor. Los mitos y las falsas creencias que rodean el MP provocan que, en muchas ocasiones, el paciente tenga temor a conducirse normalmente en la sociedad por miedo a que ocurra algo con el dispositivo lo cual es contradictorio porque precisamente su implante le garantiza una vida normal.⁽¹⁾

Basado en la experiencia se ha notado un suceso que por su frecuencia tiene una connotación en la práctica clínica, lo que hemos decidido nombrar síndrome del falso culpable.

Este síndrome está relacionado con los pacientes portadores de marcapasos permanentes (MPP) y los médicos cardiólogos que en algún momento por cualquier razón tienen que consultar a estos enfermos.

Se describe cuando este tipo de pacientes se aquejan de cualquier molestia, dígase cefalea, visión borrosa, mareo, decaimiento, fatiga, dolor cervical, torácico, abdominal, en la articulación de los hombros y otros; lo cual lo relacionan con el MPP.^(2,3)

Cuando estos pacientes acuden al médico (cuerpo de guardia, consulta de medicina general o algún otro especialista) y este conoce que el paciente porta un MPP, indica un electrocardiograma (ECG), que en la mayoría de los casos no esclarece el diagnóstico, por lo que se remite el paciente a cardiología y olvidan el motivo de consulta en la mayoría de las ocasiones, por no ser absolutos los síntomas que el paciente aqueja, los cuales no se relacionan con el mal funcionamiento del dispositivo. En casi todos estos enfermos, al ser evaluados por el cardiólogo, el MPP funciona de forma óptima (fig.).

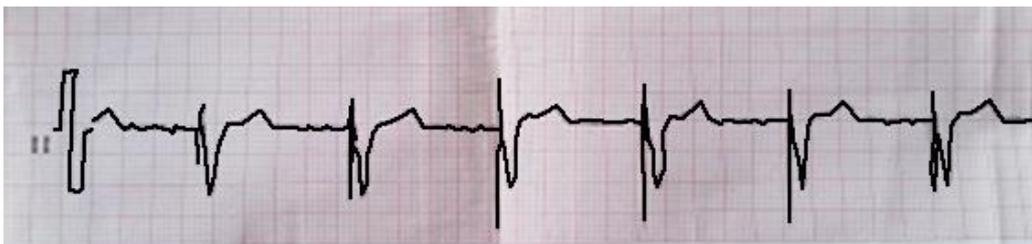


Fig. Derivación DII que muestra la actividad eléctrica de un marcapaso monocameral (VVI) normofuncional.

Relacionado con el paciente, debemos recordar que la mayoría de los portadores de MPP son de edad avanzada y por esta condición es común que refieran cualquiera de los síntomas antes descritos; además, puede influir la mala o poca información que pueden tener con respecto a la seguridad del funcionamiento de su MPP. Otra causa puede ser que el paciente no conozca los síntomas de su enfermedad de base.⁽⁴⁾

Con respecto al personal médico no cardiológico, centran su atención en el MPP y responsabilizan a este de los síntomas referidos por el paciente, y en algunos casos no se lleva a cabo un interrogatorio y una exploración física de manera adecuada, con el objetivo de buscar la causa de la sintomatología. Por otra parte, al realizar el ECG en muchas ocasiones el personal médico no está familiarizado con los patrones propios de la actividad eléctrica del dispositivo y derivan el paciente al especialista de cardiología en informan al enfermo que el MPP está disfuncionante.⁽⁵⁾

Se concluye que el síndrome del falso culpable es un fenómeno que resulta frecuente en los pacientes portadores de MPP y sus síntomas son comunes a muchas enfermedades, pero estos son atribuidos por enfermos y médicos al funcionamiento del dispositivo; sin embargo, una vez que el cardiólogo lo interroga, examina y revisa su ECG, no existe evidencia de mal funcionamiento del MPP.

Referencias bibliográficas

1. Marine JE, Crawford TC, Sinha SK, Pavri BB, Sundaram S, Eagle KA, *et al.* Global disparities in cardiac pacemaker therapy: problem statement, potential solution, and call to action. *Heart Rhythm*. 2019 [acceso 19/08/2022];16(1):2 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30321716/>
2. Kho J, Ioannou A, O'Sullivan KE, Jones M. Permanent pacemaker implantation rates following cardiac surgery in the modern era. *Ir J Med Sci*. 2020 [acceso 19/08/2022];189(4):5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32445118/>
3. Ohlow MA. Cardiac pacemaker. Apparently disconnected. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 [acceso 19/08/2022];117(22-3):3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32762836/>
4. Peters CH, Sharpe EJ, Proenza C. Cardiac Pacemaker Activity and Aging. *Annu Rev Physiol*. 2020 [acceso 19/08/2022];82:22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31756134/>
5. Choi S, Baudot M, Vivas O, Moreno CM. Slowing down as we age: aging of the cardiac pacemaker's neural control. *Geroscience*. 2022 [acceso 19/08/2022];44(1):17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292477/>

Conflicto de intereses

El autor declaran que no existe conflicto de intereses.