

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1. Planteamiento (I)

- Mujer de 74 años de edad, con antecedentes de diabetes diagnosticada tres años antes, en tratamiento con metformina, con controles correctos; y de fibrilación auricular permanente, en tratamiento con digital y acenocumarol; presenta hipertensión de larga evolución.
- La paciente es remitida a la consulta por presentar cifras repetidamente elevadas de PA (>160/90 mmHg), a pesar del tratamiento con enalapril (20 mg/día).
- A la exploración, la PA es de 170/95 mmHg, con una frecuencia cardíaca de 100 lpm. Los tonos cardíacos son arrítmicos, no se auscultan soplos ni extratonos y no se detectan signos de insuficiencia cardíaca.
- El ECG muestra una fibrilación auricular con una frecuencia ventricular media de 100 lpm y signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo, sin otras alteraciones significativas.

Caso clínico 1. Planteamiento (II)

- La radiografía de tórax mostraba discreta cardiomegalia y elongación aórtica, sin otros hallazgos.
- En la analítica destacaba una insuficiencia renal leve, con una urea de 78 mg/dl y una creatinina de 1,5 mg/dl, la Hb glucosilada era de 6,5% y la digoxinemia estaba dentro de márgenes terapéuticos.

Caso clínico 1. Recomendaciones terapéuticas

- Dado el mal control de la PA, con una discreta insuficiencia renal en una paciente diabética, se sustituyó el enalapril por un ARA-II (olmesartán).
- Ante la existencia de una fibrilación auricular con frecuencia ventricular alta a pesar de tratamiento con digital, y dada la existencia de insuficiencia renal, se inició tratamiento con un betabloqueante (nebivolol) y se retiró la digital.
- Dado el mal control metabólico, se añadió repaglinida al tratamiento hipoglucemiante (0,5 mg antes de las comidas).

Caso clínico 2. Planteamiento

- Paciente varón de 59 años de edad, fumador, con antecedentes de IAM a los 56 años de edad, que consulta por cifras altas de PA a pesar de tratamiento con enalapril, hidroclorotiazida y amlodipino. Hacía un año había abandonado el tratamiento betabloqueante por impotencia.
- La exploración física era normal, excepto la PA (185/100 mmHg).
- La radiografía de tórax no mostró hallazgos significativos.
- El ECG mostraba ritmo sinusal a 88 lpm, onda Q en DII, DIII y aVF, sin alteraciones agudas de la repolarización.
- La analítica general fue completamente normal.

Caso clínico 2. Recomendaciones terapéuticas

- Se insistió en medidas higienicodietéticas, abandono del hábito tabáquico y cumplimiento de dieta hiposódica.
- Se inició tratamiento betabloqueante vasodilatador, con nebivolol.

Caso clínico 3. Planteamiento (I)

- Mujer de 68 años de edad, con HTA de 20 años de evolución; realiza tratamiento de forma irregular con medidas higienicodietéticas y nifedipino, con mal control de sus cifras tensionales. Otros antecedentes eran obesidad, síndrome de apneas del sueño y colelitiasis.
- La paciente fue remitida a la consulta de HTA desde atención primaria por mal control. Además, refería presentar, desde 3 meses antes, disnea a esfuerzos moderados y edemas en extremidades inferiores.
- A la exploración física, presentaba un IMC de 31,57, una PA de 164/96 mm Hg y una FC de 112 lpm. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Edemas en extremidades inferiores (2+). Fondo de ojo, retinopatía hipertensiva grado II.

Caso clínico 3. Planteamiento (II)

- **Analítica:** Glucosa: 116 mg/dl, Creatinina: 1,19 mg/dl, Colesterol total: 246 mg/dl, Colesterol-HDL: 49,6 mg/dl, Colesterol-LDL: 182,4 mg/dl.
- **ECG:** Ritmo sinusal con frecuencia ventricular de 100 lpm, eje a la izquierda, signos de hipertrofia de VI. Sin otras alteraciones.
- **Radiografía de tórax:** Índice cardiotorácico en el límite alto de la normalidad. Discreta redistribución vascular.
- **Ecocardiograma:** Hipertrofia moderada de VI, no dilatación ni alteraciones segmentarias de la contractilidad. Al ligeramente aumentada de tamaño. Fracción de eyección de VI conservada (60%). Disfunción diastólica grado II.

Caso clínico 3. Recomendaciones terapéuticas

1. Se retiró el tratamiento con nifedipino.
2. Se inició tratamiento con losartan (100 mg/día) y torasemida (5 mg/día).
3. Se añadió un betabloqueante (nebivolol, 1,25 mg/24 horas)

Caso clínico 4. Planteamiento (I)

- Paciente varón de 82 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica, IAM 12 años antes, actualmente asintomático, dislipemia en tratamiento con estatinas, e hipertensión arterial correctamente controlada con tratamiento.
- **Tratamiento habitual:** Atorvastatina (20 mg/día), AAS (1 comp. de 100 mg/día), amlodipino (10 mg/día), nitratos percutáneos (1 parche de 10 mg/día).
- El paciente consulta por presentar disnea progresiva de 6 meses de evolución, con astenia intensa.
- **Exploración física:** PA: 100/55 mmHg, FC: 92 lpm. Tonos cardíacos rítmicos, soplo sistólico II/VI en foco mitral. Eupneico en reposo, crepitantes bibasales, ligeros edemas maleolares.

Caso clínico 4. Planteamiento (II)

- **Analítica:** Glucosa: 84 mg/dl, Creatinina: 0,8 mg/dl, Colesterol: 262 mg/dl, Colesterol-HDL: 55 mg/dl, Colesterol-LDL: 188 mg/dl.
- **ECG:** Ritmo sinusal a 92 lpm, ondas Q en DII y DIII, falta de crecimiento de ondas R hasta V₄.
- **Radiografía de tórax:** Cardiomegalia. Redistribución vascular. Líneas B de Kerley.
- **Ecocardiograma:** Discreta hipertrofia de VI. VI dilatado, con fracción de eyección disminuida (36%). Aumento de tamaño de AI. Insuficiencia mitral moderada.

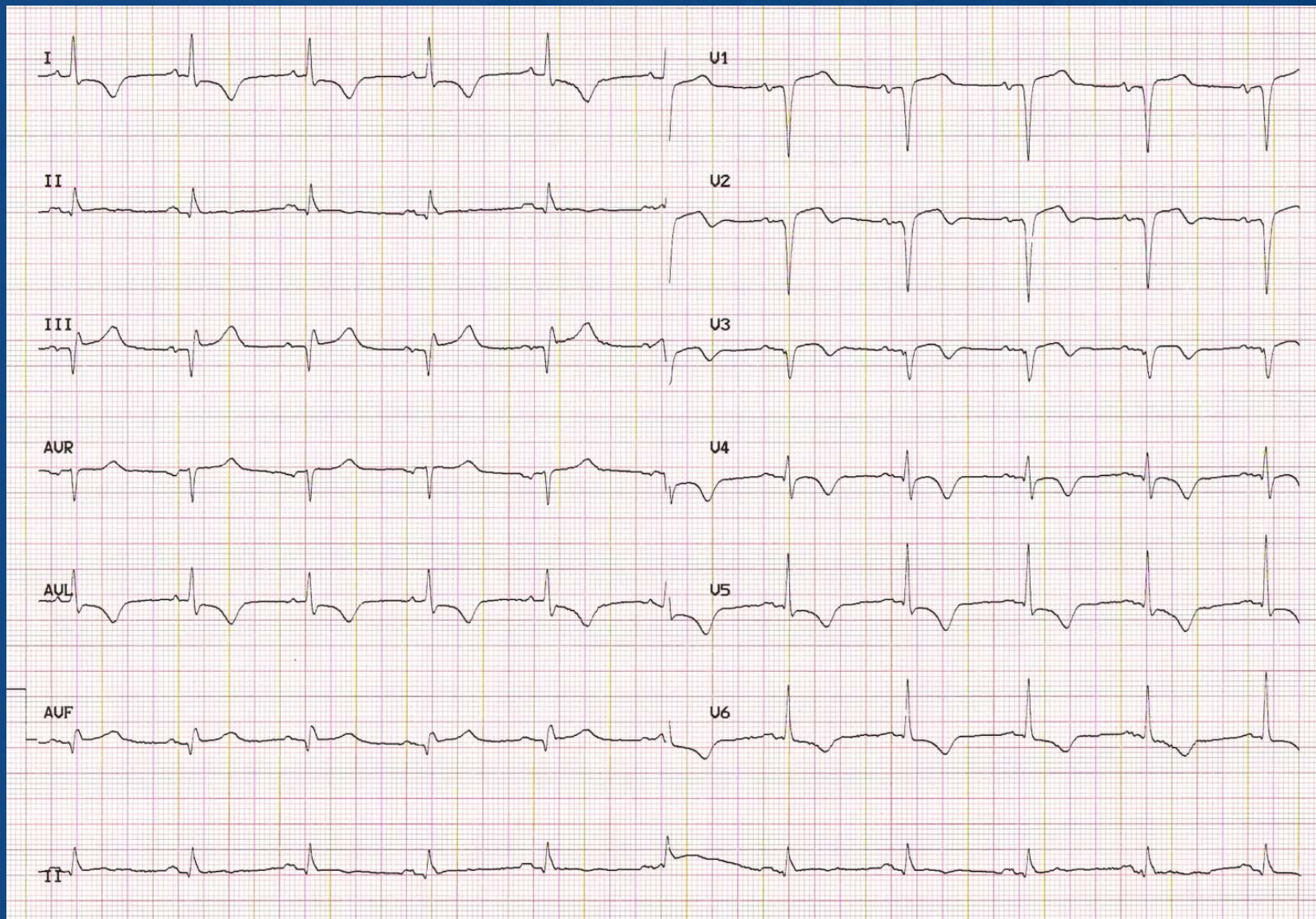
Caso clínico 4. Recomendaciones terapéuticas

1. Aumentar la dosis de atorvastatina a 40 mg/día por vía oral.
2. Retirar nitratos percutáneos y amlodipino e iniciar IECA (enalapril) y diurético (furosemida).
3. Añadir betabloqueantes: nebivolol, a dosis bajas (1,25 mg/24 horas).

Caso clínico 5. Planteamiento

- Varón de 77 años. Antiguo gran fumador.
- Diabético. EPOC de larga evolución. Tratamiento habitual con inhaladores. No ingresos por esta causa.
- IAM anterior en el 2004, fibrinolizado. Queda con FE del 33%. Coronariografía: Enfermedad difusa de 3 vasos, definitivamente no revascularizable.
- Libre de angina desde el IAM. En el 2005 inicia IC, con 2 ingresos por esta causa desde entonces.
- Visita actual en ambulatorio. NYHA III. ECO: FE 21%. PA: 101/63 mmHg. No retención hidrosalina. Murmullo vesicular disminuido.
- Hb: 10,1 g/dl; creatinina: 1,9 mg/dl; K⁺: 4,9 mmol/l; glucosa: 121 mg/dl.
- Tratamiento: furosemida, 80 mg; espironolactona, 50 mg; digoxina, 0,125 mg; bromuro de ipratropio; budesonida; AAS, 100 mg; simvastatina, 20 mg; metformina, 850 mg/12 h.

Caso clínico 5. Electrocardiograma



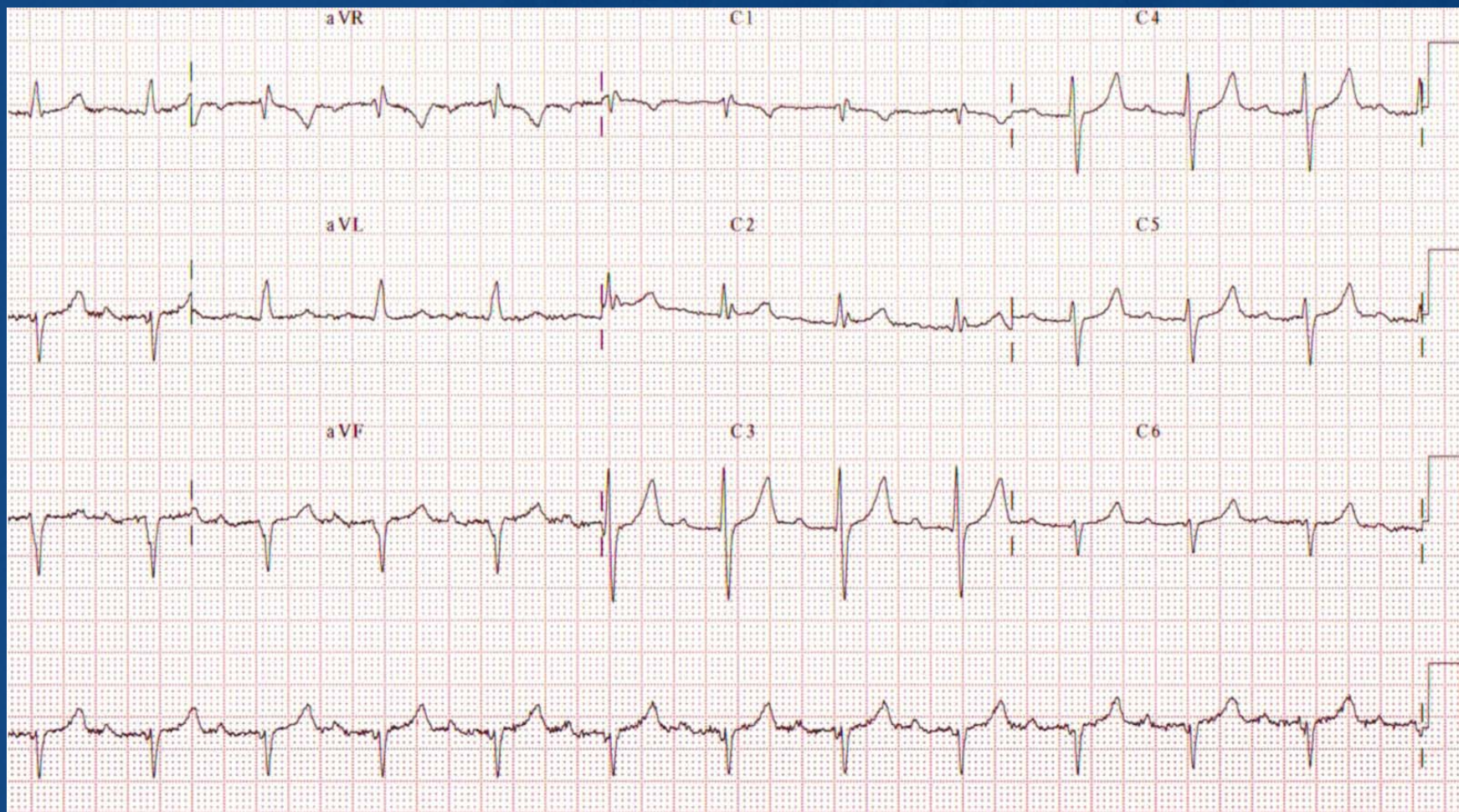
Caso clínico 5. Recomendaciones terapéuticas

- Se pauta un betabloqueante. Teniendo en cuenta la coexistencia de EPOC; se decide prescribir un BB con máxima selectividad β_1 , optándose por el nebivolol (dosis de inicio, 1,25 mg/24 h).
- Tras el estudio de anemias y la comprobación de que el paciente presenta una anemia refractaria, se decide recurrir al empleo de eritropoyetina.
- Se desestima la resincronización por falta de criterios electrocardiográficos.

Caso clínico 6. Planteamiento

- Varón de 41 años, fumador recalcitrante, consumidor de cannabis, con historia de linfoma no Hodgkin hace 20 años (tratado con esplenectomía y radioterapia mediastínica) libre de enfermedad en la actualidad.
- Inicia angina de esfuerzo. La ergometría es + clínica y eléctrica y el cateterismo revela enfermedad de 1 vaso, con DA proximal del 90% y distal del 70%. Se implanta *stent* FA en la lesión proximal. Alta con atenolol (50 mg), que se retira por alargamiento del PR (0,30 seg), pautándose entonces ivabradina.
- Sigue con angina de esfuerzo limitante. La SPET muestra isquemia apical. La FE está conservada. Un nuevo cateterismo muestra *stent* permeable y lesión distal en DA no revascularizable, sin otras lesiones.
- Mantiene la PA normal (123/74 mmHg) y el examen físico es anodino.
- El paciente está recibiendo nitratos percutáneos (15 mg/24 h), ivabradina (7,5 mg/12 h), estatinas, AAS y clopidogrel.

Caso clínico 6. Electrocardiograma



Caso clínico 6. Recomendaciones terapéuticas

- Reintroducir un betabloqueante sin retirar la ivabradina.
- Reintroducir un betabloqueante retirando previamente la ivabradina.
- Pautar un antagonista del calcio, por ejemplo, amlodipino.
- Aumentar la dosis de nitroglicerina transdérmica
- Cirugía de revascularización miocárdica.
- Tratamiento con TENS.