

HISTORIA 1

Objetivo: Insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica. Importancia de la búsqueda de la etiología.

64 años, fumador, HTA no controlada, con AF de cardiopatía isquémica.

Disnea de esfuerzo progresiva, de un mes de evolución, que actualmente le permite caminar solo una cuadra. Disnea de decúbito que lo obligó a agregar otra almohada para poder dormir. Relata que las medias le dejan una marca profunda en la pierna. Del examen se destaca: Punta en 6to espacio, taquicardia regular de 108 cpm, R1 apagado ruidos apagados. No soplos. IY no pulsátil. Edema de MMII bilateral, simétrico, godet (+) que llega hasta las rodillas. Pulsos distales conservados. PA 165/85

ECG: Ritmo sinusal 92. SAI. PR 150 ms. Eje -45°. HBAI. Posible secuela anteroseptal.

El ecocardiograma informa VI de 60 mm. Septum: 13 mm. PP: 13 mm. FEVI: 40%. Alteraciones sectoriales de la contractilidad.

1) Sobre el diagnóstico:

- a) Del análisis se desprende que el paciente es portador de una IC.
- b) No se aportan datos válidos sobre el diagnóstico etiológico de la IC.
- c) El ECG brinda información sobre viabilidad miocárdica.
- d) El único dato relevante que aporta el ecocardiograma es la FEVI.
- e) La dosificación de BNP es esencial para confirmar el diagnóstico de IC

2) Sobre el tratamiento

- a) El primer fármaco a incorporar debe ser digoxina.
- b) Incluir al paciente en un plan educativo sobre su enfermedad influenciará positivamente en su calidad de vida.
- c) El control ambulatorio de peso es una medida simple y de enorme utilidad para ajustar el tratamiento.
- d) El tratamiento al alta, una vez compensado, no debe ser modificado hasta una nueva descompensación.
- e) El tratamiento con estatinas no está indicado.

HISTORIA 2

Objetivo. Analizar alguno de los problemas habituales de los fármacos usados.

Paciente de 78 años portador de miocardiopatía dilatada conocida de larga data. Tratado con Enalapril 40 mg./dia, Carvedilol 25 mg/dia, Digoxina 0.25 mg./dia y furosemide 40 mg/dia . Ingreso a sanatorio con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada. Se suspende el furosemide v/o y el carvedilol. Se inicia furosemide i/v cada 6 horas. Dado que las cifras de creatinina suben a 1.80 y las de urea a 0.90 se decide suspender IECA y se inicia tratamiento con Hidralazina 12.5 mg cada 12 horas.

Luego del alta, durante control en policlínica, el paciente relata que se siente muy débil y al caminar tiene fatiga muscular. Del examen se destaca: paciente que tolera el decúbito

completo, en esta posición no se ve relleno yugular, no tiene edema de MMII y la PA es de 90/60 mmHg.

3) Respecto del uso de IECA en este paciente, señale la/s opciones correctas

- a. Los valores de creatininemia y azoemia contraindican definitivamente su uso.
- b. Pueden ser sustituidos por la hidralazina con resultados equivalentes.
- c. La dosis utilizada de enalapril es la causa del ascenso de la creatininemia y azoemia.
- d. Enlentecen la progresión de insuficiencia renal y sólo deben ser suspendidos en caso de hiperkalemia.
- e. Se deben reiniciar luego de normalizar los valores de creatininemia y azoemia

4) Respecto del tratamiento farmacológico, señale la/s opciones correctas

- a. Se deben suspender los diuréticos y reiniciar progresivamente el carvedilol
- b. El riesgo de intoxicación digitalica es bajo
- c. El tratamiento farmacológico durante la internación es independiente de la causa de descompensación
- d. Se debe aumentar la dosis de hidralazina a 25 mg c/12hs
- e. Se debe reiniciar el carvedilol de inmediato a la misma dosis que el paciente recibía previo a la descompensación

5) Respecto de la situación actual del paciente, señale la/s opciones correctas

- a. El paciente está hipovolémico debido al uso excesivo de diuréticos
- b. El paciente presenta elementos de bajo gasto por lo que debe internarse y considerarel uso de inotrópicos.
- c. Puede manejarse en forma ambulatoria con seguimiento telefónico, clínico y paraclínico.
- d. Los valores de creatininemia y azoemia no son suficientes para la valoración renal; se debe medir el filtrado glomerular.
- e. La debilidad y fatigabilidad muscular son secundarias a hipotensión arterial.

HISTORIA 3

Objetivo: Análisis de paciente descompensado e IC con FEVI conservada.

Sexo masculino, 74 años. HTA de larga evolución, mal controlada. Disnea CF II de 2 años de evolución. Durante el último año ha ingresado en 2 oportunidades por agravación de la capacidad funcional.

Ecocardiograma reciente informa: DSVI: 55 mm. Septum y PP: 16 mm. FEVI: 55%.

Consulta por acentuación de su disnea, que se torna CF IV. En emergencia se constata polipnea de 24 r.p.m., taquicardia de 116 cpm, PA de 190/110 mmHg y estertores crepitantes en 1/3 inferior de ambos campos pulmonares.

La familia relata que aumento 5 Kgs. de peso en las últimas 2 semanas.

ECG: Taquicardia sinusal de 120 cpm. SAI. PR normal. HBAI. Hipertrofia ventricular izquierda con sobrecarga sistólica.

6) Diagnóstico:

- a. En función de la FEVI documentada, se impone la búsqueda de una causa no cardíaca de su disnea.
- b. La presencia de estertores crepitantes orienta a un modelo de disfunción sistólica del VI.
- c. La HTA define una IC en estadio A.
- d. La información que brinda el ecocardiograma es imprescindible para iniciar el tratamiento.
- e. La ganancia ponderal indica retención hidrosalina.

7) Tratamiento:

- a. La primera medida debe orientarse a promover diuresis.
- b. Los nitratos no están indicados.
- c. La taquicardia debe inducirnos a iniciar tratamiento con betabloqueantes sin perentoria.
- d. Debe iniciarse digitalización por vía endovenosa.
- e. Es recomendable descender la postcarga con nifedipina por vía sublingual.

8) Pronóstico:

- a. La FEVI conservada le confiere un excelente pronóstico.
- b. El tratamiento con digoxina reduce la tasa de internaciones.
- c. La fibrilación auricular suele ser muy mal tolerada en este contexto clínico.
- d. Este paciente es un buen candidato para ingresar a una Unidad de IC.
- e. La hipertrofia ventricular izquierda es un marcador de eventos adversos mayores.

HISTORIA 4**Objetivo: Desarrollar el concepto de Unidades de IC y algunos tratamientos específicos.**

64 años, portador de cardiopatía isquémica con IAM antero-lateral extenso hace 5 años. Fue estudiado y se decidió que no era candidato a revascularización. Se encuentra en clase funcional III, en tratamiento con Digoxina, Ramipril 10 mg/día y Furosemide 40 mg/día. Se intentó en una oportunidad tratamiento con Bisoprolol y no fue bien tolerado, la HC no aclara el motivo.

ECG: RS 885. SAI. PR 200 ms. Bloqueo completo de rama izquierda.

Ecocardiograma: VID 68 mm, FEVI 30%. Aquinesia anterior con imagen compatible con extensa secuela. AI de 46mm.

9) Anticoagulación con warfarina en este paciente está indicada en las siguientes situaciones:

- a. Diámetro diastólico de VI mayor a 65mm.
- b. Diámetro diastólico de VI mayor a 65 mm y aneurisma anteroapical
- c. Historia de episodio único de Fibrilación auricular paroxística
- d. No es necesario ya que el paciente tiene indicación de AAS y clopidogrel
- e. Historia de episodio de stroke isquémico.

10) El paciente es asistido en domicilio por episodio de síncope. ECG posterior al episodio sin cambios respecto del basal

- a. Bajo riesgo, probablemente debido a hipotensión, no es necesario su traslado.
- b. Alto riesgo de muerte súbita. Debe trasladarse para completar valoración.
- c. Se debe iniciar tratamiento con amiodarona para prevención de muerte súbita.
- d. Tiene indicación de implante de cardiodesfibrilador.
- e. Debe realizarse estudio electrofisiológico para definir indicación de implante de cardiodesfibrilador

11) En cuanto al tratamiento no farmacológico del paciente:

- a. Tiene contraindicado realizar ejercicio de rehabilitación.
- b. Debe ser incluido en lista de espera de trasplante.
- c. Debe ser considerado para resincronización.
- d. Debe considerarse indicación de implante de marcapaso para poder utilizar betabloqueantes.
- f. No es necesario referirlo a unidad de insuficiencia cardíaca.