

## HISTORIAS CLÍNICAS

### Historia 1

68 años, sexo masculino, chofer de camión. Diabético tipo 2, HTA, dislipémico, IMC 33.

Ingresa por IAM anterior con ST, se le realiza STK con criterios de reperfusión.

Evoluciona sin elementos de falla cardíaca.

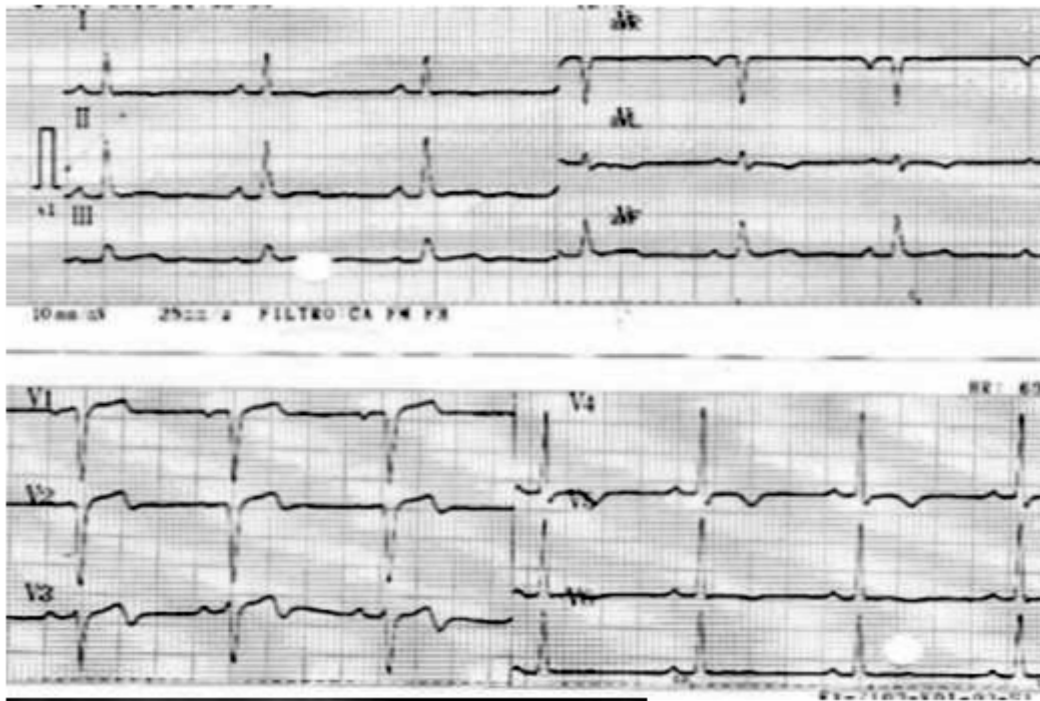
Se coordina cineangiografía (CACG) a las 12 horas de la STK.

CACG: Lesión suboclusiva (95%) ostial con imagen de trombo endoluminal y lesión severa (90%) de tercio medio de arteria Descendente Anterior (ADA). Flujo TIMI 3. Lesión moderada proximal de arteria circunfleja (ACx), lesión severa (90%) proximal de arteria coronaria derecha (ACD), con flujo TIMI 3.

El Ecocardiograma posterior muestra una hipoquinesia anterior con FEVI 55 %.

Estable hemodinámicamente se opera a los 10 días, realizándose puente Ma-DA, PV Ao-DP y Ao-Mg.

Dado de alta, concurre a policlínica a los 20 días del ingreso con el siguiente ECG:



Indicaciones al alta:

-Régimen de diabetes, caminatas progresivas.

-Medicación: Atenolol 100 mg/d, Cardioaspirina 100 mg/d, Ramipril 5 mg/d, Atorvastatina 40 mg/d, Metformina 850 c/12 hs.

### PREGUNTAS

#### 1. Sobre el caso precedente:

- Debido a la buena evolución piensa que a los 3 meses podrá suspender B-bloqueantes dados los riesgos generados por su diabetes tipo 2.
- Con la buena FEVI pierde sustento la indicación de IECA.
- Está de acuerdo con la indicación de clopidogrel, por haber cursado un evento coronario agudo.

**2. Ud. considera apropiado:**

- a) Esperar 3 meses para realizar estudio de lípidos.
- b) Suspender estatinas si el perfil lipídico es óptimo.
- c) Asociar ezetimibe si el LDLc es de 120 mg/dl.

**3. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones considera apropiadas al finalizar esta consulta?**

- a) Iniciar el ejercicio sin PEG previa.
- b) Diferir la actividad sexual hasta tener una PEG.
- c) Reintegrarse al trabajo.

## Historia 2

52 años, sexo masculino, empleado administrativo, procedente de Salto. FRCV: Ex tabaquismo, diabetes tipo 2, sobrepeso (IMC 28), dislipemia. Consultó en emergencia por episodio de dolor torácico de 3hs de duración que había ocurrido 3 días antes. El ECG mostró un infarto anteroseptal evolucionado. Troponina I: 4.8 ng/l. Ecocardiograma: aquinesia anterior medioapical, FEVI 48%. Fue internado permaneciendo asintomático. En la evolución se le realizó centellograma de perfusión miocárdica con dipiridamol, que reveló imagen de secuela anteroseptal y leve isquemia de cara inferior. Fue dado de alta, concurriendo a consulta en policlínica a los 20 días del infarto. Actualmente camina 10 cuadras por día, sin síntomas, bajo el siguiente tratamiento:

- dieta hiposódica, hipocalórica, de diabetes.
  - Metoprolol 25 mg c/12 hs, AAS 325 mg/d, Enalapril 10 mg c/12 hs, Clopidogrel 75 mg/d, Atorvastatina 20 mg/d, Metformina 500 mg c/12 hs.
- Controles: PA: 130/90 mmHg, FC 64 cpm.

### PREGUNTAS

#### 1. Sobre el caso precedente:

- a) Indica cineangiocoronariografía.
- b) Inicia la rehabilitación cardíaca sin más estudios.
- c) Solicita una PEG previo al inicio de ejercicio programado.

#### 2. Respecto del tratamiento farmacológico:

- a) A los 30 días desciende la dosis de AAS.
- b) Se debe indicar inhibidores de la bomba de protones.
- c) Se debe mantener el clopidogrel al menos por 30 días.

#### 3. Sobre el seguimiento de este caso:

- a) De acuerdo a la FEVI, la dosis de metoprolol es insuficiente.
- b) Considera adecuada la PA registrada.
- c) Dada la estabilidad clínica, lo deriva a médico de primer nivel y lo controla en 6 meses.

## Historia 3

45 años, Sexo Femenino. FRCV: tabaquismo intenso, dislipemia, sedentaria, estresada. IMC 24. Episodios ocasionales de crisis bronco-obstructivas invernales.

Consultó por ángor de 5 hs. de evolución, con examen físico normal y ECG con imagen de IAM c/elevación ST de región inferior.

**Conducta:** Revascularización por ATC Primaria

CACG:

- Arteria coronaria derecha con lesión moderada proximal y oclusión trombótica de tercio medio.
- Arteria descendente anterior con lesión 70% de tercio medio.
- Primer ramo diagonal con lesión moderada ostial.
- Arteria circunfleja con lesión moderada proximal y lesión moderada de tercio medio.

ATC exitosa con implante de un stent no liberador de drogas.

### Evolución:

- inmediata: favorable, asintomática, renivelación completa del ST los 90 minutos de la ATC, con pequeña Q de cara inferior.
- Ecocardiograma a las 48 hs: FEVI 52%.
- Alta a las 96 hs, asintomática, con las siguientes indicaciones: dieta hipograsa, hiposódica, caminatas diarias de 10 min, diltiazem 60 mg c/12 hs, AAS 325 mg/d, Clopidogrel 75 mg/d, Atorvastatina 20 mg/día, Omeprazol 20mg/d.
- Consulta en Policlínica cardiológica a los 10 días del alta con los siguientes análisis paraclínicos: Glicemia 95 mg/dl, Creatinina 0.97 mg/dl, Col total (mg%) 265, TG 250, HDL 35, LDL 180.

## PREGUNTAS

### 1. Con referencia a las medidas adoptadas al alta:

- a) Está de acuerdo con la indicación de Diltiazem.
- b) Mantiene la indicación de Clopidogrel por un año.
- c) Está indicado asociar fibratos.

### 2. Con respecto al control de los factores de riesgo:

- a) El control de la dislipemia es prioritario sobre los otros factores de riesgo.
- b) Indica el abandono del tabaquismo y en caso de fracasar lo refiere a policlínica especializada.
- c) Debe realizarse test para detección de ansiedad-depresión.

### 3. Vinculado a la actividad física:

- a) Puede reiniciar actividad física aeróbica intensa.
- b) Se debe realizar una ergometría previamente a autorizar la realización de ejercicio.
- c) Se debe iniciar ejercicios de rehabilitación monitorizada.

## Historia 4

64 años, sexo masculino. Paciente de zona rural.

AP: HTA, tratada con enalapril con control irregular, obeso (IMC 32), síndrome metabólico, alcoholismo.

EA: ingresó por infarto inferolateral KK I de 3 hs. de evolución. Recibió tratamiento con STK, con criterios de reperfusión.

Tratamiento: AAS 325 mg/d, Clopidogrel 75 mg/d, Atorvastatina 40 mg v/o.

Evolucionó favorablemente. A las 24 hs se agregó Atenolol 50 mg/d. Pasó a Piso al 5º día, asintomático.

Paraclínica:

- Ecocardiograma al 5º día: FEVI 50%, hipoquinesia inferior.
- PEG limitada por síntomas al 7º día, bajo atenolol: 900 kgm, 7 mets, FC: 116 cpm (75% de FMT), asintomático, sin falla cardíaca, con infradesnivel del ST de 1 mm en máximo esfuerzo, de región inferior, que renivela a los 2' del P.E. Respuesta presora normal.

Alta a domicilio Al 8º día con las siguientes indicaciones: dieta hiposódica, hipograsa, caminatas diarias, comenzando por 10 minutos, atenolol 100 mg/d, AAS 325 mg/d, Clopidogrel 75 mg/día, Atorvastatina 10 mg/d, Enalapril 10 c/12 hs.

Se deriva para consulta en policlínica cardiológica a los 10 días del alta.

## PREGUNTAS

### 1. En este contexto clínico, para completar la estratificación de riesgo:

- a) Es suficiente la prueba ergométrica realizada.
- b) Debe derivarlo para realizar estudio de perfusión (MIBI o Eco stress)
- c) Debe realizarse nueva ergometría suspendiendo el atenolol.

### 2. Con referencia a la prevención secundaria:

- a) La dosis de atorvastatina es insuficiente.
- b) No es necesario paraclínica adicional para definir su estrategia.
- c) Recomienda iniciar la actividad física.

### 3. De tener buena evolución a los 6 meses:

- a) No requiere mantener la rehabilitación cardíaca.
- b) Comienza la fase 4 de la rehabilitación cardíaca.