

HISTORIAS CLÍNICAS - Respuestas comentadas

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.

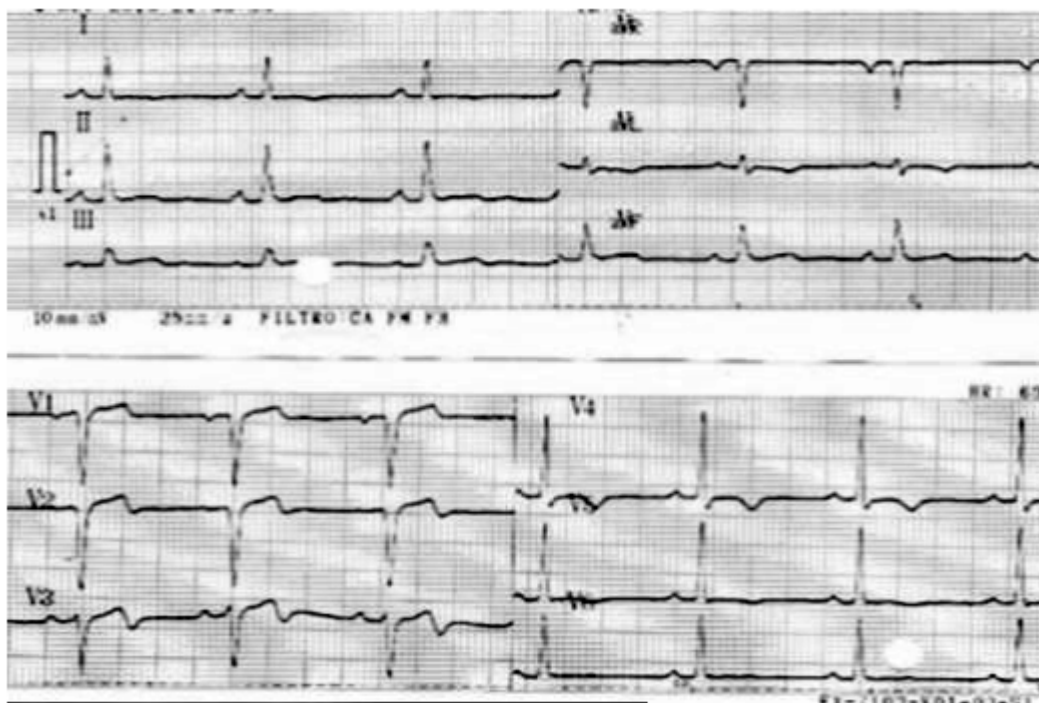
Se coordina cineangiografía (CAG) a las 12 horas de la STK.

CAG: 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:

- a) Debido a la buena evolución piensa que a los 3 meses podrá suspender B-bloqueantes dados los riesgos generados por su diabetes tipo 2.

No. Está demostrado el beneficio de los betabloqueantes de por vida. Por ser diabético es conveniente el empleo de b-bloqueantes cardioselectivos, como bisoprolol, carvedilolo o nebivolol.

- b) Con la buena FEVI pierde sustento la indicación de IECA.
Si bien los IECA tienen mayor beneficio en los pacientes con FEVI < 40 %; éste se ha demostrado en todos los pacientes a largo plazo. Su indicación es indefinida. Su beneficio estaría vinculado no solo al descenso de la presión arterial generan beneficios, sino también por un elentecimiento del proceso aterosclerótico a través del bloqueo del sistema renina-angiotensina.
- c) Está de acuerdo con la indicación de clopidogrel, por haber cursado un evento coronario agudo.
Correcto. Se ha demostrado el beneficio de su empleo por lo menos un mes post-evento.
-

2. Ud. considera apropiado:

- a) Esperar 3 meses para realizar estudio de lípidos.
Incorrecto. Debe realizarse dentro de los primeros 4 días del evento. No hay alteraciones del perfil lipídico por presentar un evento agudo y será de mucha utilidad para guiar el tratamiento.
- b) Suspender estatinas si el perfil lipídico es óptimo.
Incorrecto. El tratamiento con estatinas está indicado de por vida. Su beneficio es independiente de los valores del perfil lipídico. Solo en caso de intolerancia digestiva o con cifras de enzimas hepáticas (TGO y TGP) o musculares que tripliquen o quintupliquen los valores normales, respectivamente, debería buscarse un tratamiento sustitutivo.
- c) Asociar ezetimibe si el LDLc es de 120mg/dl.
Incorrecto. El ezetimibe reduce las cifras del LDL-C pero no se ha demostrado que descienda la mortalidad. Primero se debe aumentar la dosis de estatinas.
-

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

- a) Iniciar el ejercicio sin PEG previa.
Correcto. No es necesario realizar una PEG para indicar el inicio de la actividad física. Ésta será realizada de acuerdo a la tolerancia del paciente. La intensidad será leve a moderada al inicio, no superando un PRE o percepción subjetiva del esfuerzo de 12 (escala de Borg del 6-20). Según la evolución se podrá alcanzar hasta un valor de 14.
- b) Diferir la actividad sexual hasta tener una PEG.
No es necesario contar con una PEG para autorizar el reinicio de la actividad sexual. Esta significa, a nivel de pareja estable, un esfuerzo de unos 4-5 Mets y una frecuencia cardíaca promedio de 120 cpm. En pacientes revascularizados quirúrgicamente, asintomáticos y que caminan con buena tolerancia, se puede retomar la actividad sexual a las 3-4 semanas. En pacientes no quirúrgicos, con IAM o ATC no complicados se puede reiniciar a las 2-3 semanas del alta. (V. Singh, Universidad de Florida, 2008)
- c) Reintegrarse al trabajo.
Incorrecto. Luego de un evento coronario, las guías españolas e inglesas no recomiendan el reintegro antes de los 30 días. En caso de profesiones de riesgo para terceros se puede diferir hasta 90 días. En pacientes quirúrgicos estamos supeditados también a la evolución y alta por cirujano.
-

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:

- dietahiposódica, 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: 130/90mmHg, FC 64 cpm.

PREGUNTAS

1. Sobre el caso precedente:

- Indica cineangiografía.
Incorrecto. Es suficiente el estudio de perfusión con radioisótopos.
- Inicia la rehabilitación cardíaca sin más estudios.
Correcto. Debe continuar con la actividad física e integrarse a un programa supervisado de rehabilitación cardíaca. Esto ha demostrado disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes en más de un 30 % al año.
- Solicita una PEG previo al inicio de ejercicio programado.
Incorrecto. Se puede iniciar la RC simplemente con un test de caminata de 6 minutos y un correcto examen físico. Entre 2-4 semanas posteriores al evento, se puede solicitar una PEG para estratificación de riesgo, pesquisa de isquemia residual y realizar una adecuada planificación futura.

2. Respecto del tratamiento farmacológico:

- A los 30 días desciende la dosis de AAS.
Correcto. Se indica una dosis inicial de AAS 325 mg/día y al mes puede ser descendida a 80-100 mg/día.
- Se debe indicar inhibidores de la bomba de protones.
La doble antiagregación plaquetaria es agresiva para la mucosa gástrica por lo que tienen indicado medidas de protección gástrica con inhibidores anti-H2 o con inhibidores de la bomba de protones. Respecto a la asociación de inhibidores de la bomba de protones con clopidogrel: el estudio COGENT comparó el uso de clopidogrel y omeprazol vs. clopidogrel y placebo pacientes con SCA. No hubo diferencias significativas en eventos cardíacos mayores, sin embargo se observaron más eventos de sangrado gastrointestinal en el grupo placebo. De manera que se los puede utilizar sin alterar la evolución cardiológica.
- Se debe mantener el clopidogrel al menos por 30 días.
Correcto. El estudio COMMIT demostró su beneficio tanto para los reperfundidos farmacológicamente como para los que no recibieron terapia de reperfusión.

3. Sobre el seguimiento de este caso:

- a) De acuerdo a la FEVI, la dosis de metoprolol es insuficiente.

*Correcto. El paciente no tiene un buen control de su presión arterial, debería aumentarse la dosis a 100 mg/día. Otras opciones de **β**bloqueantes son: metoprolol de liberación prolongada o **β**bloqueantes cardioselectivos como bisoprolol, carvedilol o nebivolol.*

- b) Considera adecuada la PA registrada.

Incorrecto. En pacientes diabéticos la presión arterial objetivo debe ser $\leq 130/85$ mm Hg.

- c) Dada la estabilidad clínica, lo deriva a médico de primer nivel y lo controla en 6 meses.

Incorrecto. Este paciente debe estar bajo vigilancia estricta por cardiólogo. Se debe controlar sintomatología, paraclínica, PA y plan de actividad física regular.

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.

No existe beneficio demostrado del uso de calcio antagonistas en la cardiopatía isquémica y por lo tanto su uso no está indicado. Lo correcto es indicar un β bloqueante cardioselectivo en bajas dosis (ej.: bisoprolol) y considerar su suspensión frente a la inducción de broncoespasmo.

- b) Mantiene la indicación de Clopidogrel por un año.

Correcto. El Clopidogrel debe mantenerse al menos por un mes post-ATC con stent no liberador de drogas (Clase I B). Luego de un síndrome coronario agudo debería mantenerse por un año. Hay acuerdo para mantenerlo dos años en pacientes que recibieron ATC con stent liberador de drogas.

- c) Está indicado asociar fibratos.

Incorrecto. La paciente es portadora de una dislipemia mixta con hipertrigliceridemia < a 400 mg/dl. La prioridad es el tratamiento del LDL-C (Clase I A). Luego de un tratamiento intensivo con estatinas podrá considerarse el uso concomitante de fibratos si persiste la hipertrigliceridemia.

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

- a) El control de la dislipemia es prioritario sobre los otros factores de riesgo.
Incorrecto. El control de la dislipemia es fundamental pero el tratamiento debe abordar el manejo multidisciplinario de los factores de riesgo; todos en una primera instancia.
- b) Indica el abandono del tabaquismo y en caso de fracasar lo refiere a policlínica especializada.
Correcto. De todas maneras puede preverse al alta la derivación a una policlínica especializada para manejo del síndrome de abstinencia y evitar las recaídas.
- c) Debe realizarse test para detección de ansiedad-depresión.
Correcto. Debe realizarse pesquisa de un síndrome de ansiedad-depresión, usando, por ejemplo, el cuestionario PHQ-, de fácil aplicación y con una sensibilidad y especificidad del 88 % para diagnóstico de depresión. Se ha demostrado una fuerte asociación entre estrés y depresión con síndromes coronarios agudos.
-

3. Vinculado a la actividad física:

- a) Puede reiniciar actividad física aeróbica intensa.
Incorrecto. La actividad física deberá comenzar en forma progresiva, probando la tolerancia. En la evolución, si el paciente está asintomático y luego de una PEG máxima a las 6-8 semanas, se podrá autorizar una actividad física más intensa.
- b) Se debe realizar una ergometría previamente a autorizar la realización de ejercicio.
Incorrecto. No es necesario solicitar una ergometría para iniciar una actividad física moderada. Su indicación es conveniente en el devenir de la Fase 2 de la rehabilitación cardíaca (RC) para una mejor planificación y progresión de la misma, conociendo su clase funcional y pesquizando isquemia residual.
- c) Se debe iniciar ejercicios de rehabilitación monitorizada.
Incorrecto. La paciente requiere primero una estratificación de riesgo de presentar nuevos eventos cardiovasculares para definir si debe ser monitorizada durante las sesiones de RC. En principio se trata de una paciente de riesgo moderado y la monitorización no es imprescindible. Por otra parte, en nuestro medio es difícil conseguir un centro especializado de RC que cuente con monitorización.

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

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

Paraclínica:

- Ecocardiograma al 5° día: FEVI 50%, hipoquinesia inferior.
- PEG limitada por síntomas al 7° 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 8° 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.

La PEG fue realizada muy cerca del evento por lo que debe tenerse en cuenta que aún puede haber miocardio atontado. EL paciente se encuentra recibiendo βbloqueantes, sin embargo alcanzó un buen porcentaje de la frecuencia máxima calculada y tiene una buena capacidad funcional, lo cual se asocia con buen pronóstico. De todos modos es probable que tenga isquemia residual reversible. Si el paciente se mantiene asintomático se puede comenzar con la RC. La realización de un MIBI o Eco Stress no es mandataria pero puede indicarse en la evolución para completar la estratificación de riesgo.

- b) Debe derivarlo para realizar estudio de perfusión (MIBI o Eco stress)

Queda contestada en la respuesta anterior.

- c) Debe realizarse nueva ergometría suspendiendo el atenolol.

No se justifica solicitar nueva ergometría suspendiendo los βbloqueantes ya que el resultado sería similar no obteniendo una mejor capacidad funcional.

2. Con referencia a la prevención secundaria:

- a) La dosis de atorvastatina es insuficiente.

Correcto. Debe intensificarse todas las medidas de prevención secundaria y, entre ellas, el empleo de dosis altas de estatinas: 20 a 40 mg/día.

- b) No es necesario paraclínica adicional para definir su estrategia.

Incorrecto. Es conveniente poseer otros resultados de estudios como glicemia, creatinina y funcional hepático ya que el paciente es alcohólico y portador de un síndrome metabólico, lo cual nos hace creer en alteraciones de estos parámetros

- c) Recomienda iniciar la actividad física.

Correcto. A pesar de no tener completada su evaluación no se debe retrasar su inicio. Cuanto más precoz, mayor será el beneficio (Clase I B).

3. De tener buena evolución a los 6 meses:

- a) No requiere mantener la rehabilitación cardíaca.

Incorrecto. El paciente debe realizar actividad física de RC de por vida. No es necesario concurrir a un centro especializado si conoce la rutina en cuanto al manejo de los hábitos de vida saludables y ejercicio físico, aunque está demostrado que los que siguen un programa supervisado de terapia física tienen mayor sobrevida y menor tasa de nuevos eventos cardiovasculares.

- b) Comienza la fase 4 de la rehabilitación cardíaca.

Correcto. Si la evolución es satisfactoria y el paciente no llega a requerir nuevos procedimientos de revascularización, en este plazo iniciaría la Fase 4, llamada de mantenimiento, la que debe durar toda la vida.