

Señora de 93 años, hipertensa y asintomática – 2010

Dr. Ricardo Pizarro

En esta ocasión les traigo el ECG de una Sra de 93 años que atendí ayer por referencia de su Médico, ya que en la consulta le encontró PA: 210/120 mmHg. Paciente llega caminando, responde bien al interrogatorio y con buen estado general y de apariencia, sin disnea. Niega dolor en alguna parte de su cuerpo, incluyendo el tórax.

Toma furosemida 40 mg VO c/d, lisinopril 20 mg VO c/d y otra que no recuerda el nombre. La hija niega que sufra de algún tipo de arritmia; y en los ECGs le han dicho que el corazón está "un poco crecido".

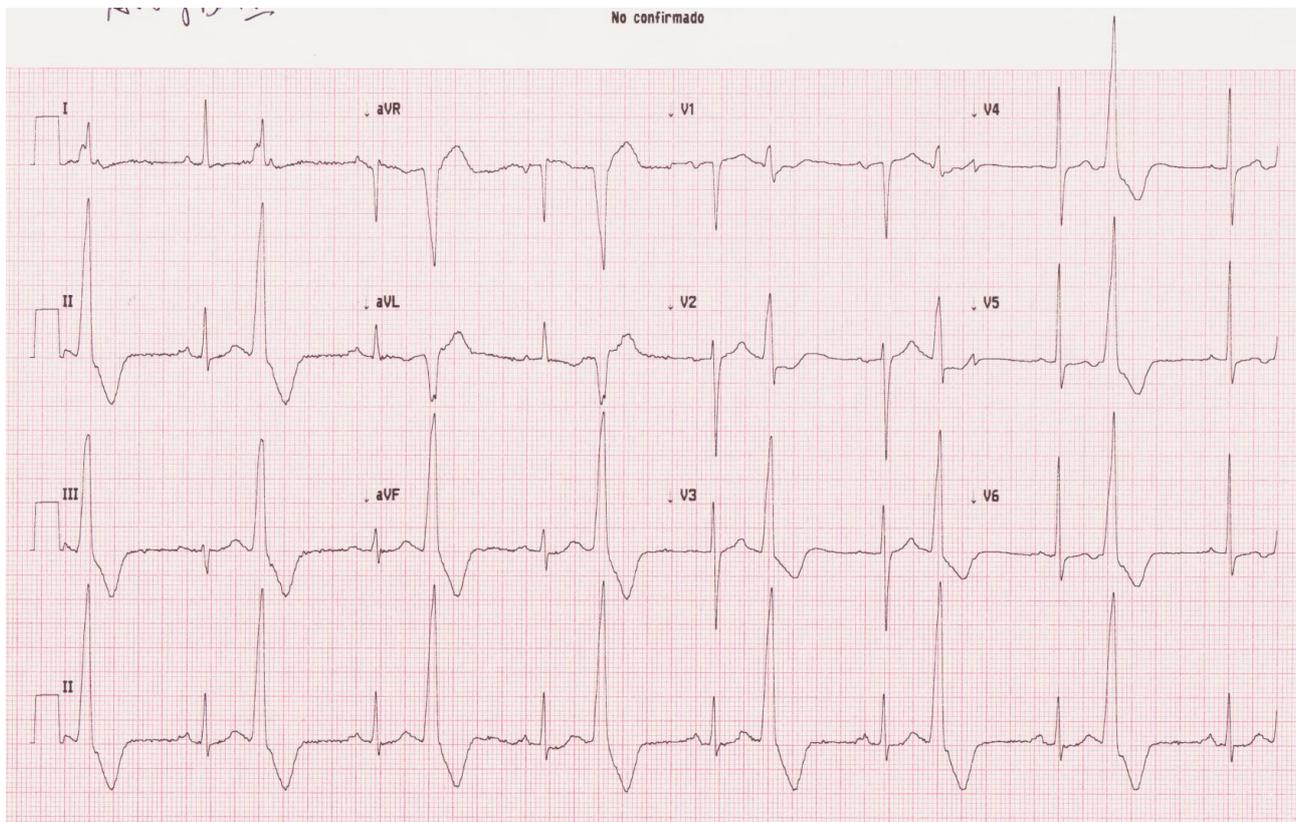
Al examinarla, encuentro que presenta la alteración del ritmo que aprecian en el ECG, y en el examen del pulso, cada segundo latido apenas se percibe.

La batería de laboratorios "clásica" resultó dentro de límites normales (Bh completo, química con glicemia, electrolitos, CK y CKMB, Troponina T).

¿Habría que agregarle un BB?, ¿si no cede, habría que ablacionarla? ¿los riesgos de la ablación aumentan significativamente con la edad? ¿se obtiene un % de éxito en pacientes nonagenarios que los maduros? ¿que tanta experiencia existe al respecto en este grupo etario?

Que estén bien y hasta pronto,

Ricardo Pizarro.



OPINIONES DE COLEGAS

Hola colegas:

Un saludo.

Si me llegara este caso a la consulta: paciente hipertensa sin control adecuado, anciana, asintomática, no síncope, etc. Le mejoraría el control de su PA: aumentarle la dosis del IECA al doble o bien agregarle un diurético de acción prolongada por ejemplo: estudio HYVET (Perindopril + Indapamida) y con esto me aseguro al menos un 50 % de reducción de aparición de ICC, sino se controla, le agrego un anticálcico: Amlodipina, felodipina, etc. Creo que las CVP si bien, por ese EKG, son frecuentes no ameritan tratamiento, y si lo requiere su patología de base. Por otra parte en mi humilde experiencia muchos pacientes con extrasístoles supra y ventriculares, disminuyen su frecuencia al controlarles los factores desencadenantes: HTA sin control, anemia, infecciones, EPOC, etc. .. esta señora al parecer no tiene trastornos iónicos derivados del uso de Furosemida así que al menos las CVPs no deben depender de esto.

Un saludo, gracias

Dr. Pablo E Hurtado N
Cardiólogo

En este caso hablamos de un origen en VI por la transición tan precoz. Aunque podría ser de la continuidad mitroaórtica probablemente es más alta, de cúspide izquierda. En todo caso el acceso sería arterial y probablemente requeriría coronariografía para ablaciones la cúspide, y se trata de una paciente muy añosa y asintomática. No me plantearía la

ablación a priori, por el riesgo de complicaciones. Betabloqueantes, at calcio o amiodarona, por ese orden.

Ermengol Vallés