



<http://www.elsevier.es/semergen>

415/71 - DOCTOR: NO PUEDO CON MI ALMA. ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Y. Santamaría Calvo¹, T. Campillos Páez¹, P. de la Calle León², O. Arroyo Jiménez³

¹Médico Adjunto de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid. ³DUE. Centro Salud Potes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 71 años, antecedentes personales diabetes mellitus tipo 2. en tratamiento sitagliptina/metformina 50/1.000 mg/12 horas. IAM anteroseptal hace 3 años. Insuficiencia cardiaca NYHA II/III CON FEV1 del 36% HTA en tratamiento furosemida 40 mg, enalapril 10 mg/12 h, bisoprolol 5 mg/día, espironolactona 25 mg/24 horas, AAS 100 mg y atorvastatina 40 mg. No hábitos tóxicos. Acude a revisión: no mejora, con dificultad para subir a un segundo piso, sin disminuir edemas de EEII a pesar de tomar 80 mg furosemida/día, no dolor torácico, palpitaciones, fiebre, tos sin expectoración. Refiere problemas familiares, no le dejan ver a sus nietos, situación que le produce sintomatología depresiva. Tras iniciar tratamiento con sacubitrilo/valsartán con apoyo psicológico sin iniciar de momento tratamiento antidepresivo, a los 20 días la paciente comenzó a mejorar de su disnea y sus edemas.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. No ingurgitación yugular. TA 128/76. FC 67 lpm. Sat 96%. T^a 36,1 °C. ACP: rítmica regular, no soplos. Abdomen blando, depresible. No visceromegalias. MMII. Edemas con fóvea++ no signos TVP, exploración vasculonerviosa distal conservada. Hemograma: normal, Bioquímica: glucosa 97, hemoglobina glicosilada 7,2, creatinina 0,67, FG 58, sodio 142, potasio 4,6, LDH 430. Coagulación normal. Rx tórax cardiomegalia, no imágenes de condensación. ECG sin cambios previos.

Juicio clínico: Descompensación de insuficiencia cardiaca previa con cuadro depresivo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades del aparato respiratorio: EPOC, hipertensión pulmonar, neumonía, atelectasia, derrame pleural. Causas cardiovasculares: Insuficiencia ventricular izquierda, estenosis mitral, pericarditis constrictiva, derrame pericárdico, TEP. Causas de edema no relacionadas con IC derecha: cirrosis hepática, síndrome nefrótico, insuficiencia venosa crónica y toma ACo dihidropiridínicos. Otras: obesidad, cuadros depresivos, fiebre, hipertiroidismo, anemia.

Comentario final: La prevalencia de insuficiencia cardiaca es aproximadamente del 1-2% de la población adulta y de hasta el 10% en mayores de 70 años, siendo la principal causa de ingresos hospitalarios en personas mayores de 65 años en España. La enfermedad arterioesclerótica, causante de síndromes coronarios agudos junto con la HTA, suponen el 70% de los casos de IC crónica. El tratamiento debe ir dirigido a mejorar los signos y síntomas, situación hemodinámica y corregir sobrecarga de volumen evitando su progresión. El sacubitrilo/valsartán (ARNi), está recomendado en pacientes sintomáticos (CF II-IV) con IC crónica y FEVI reducida (40%) según las Guías europeas de 2016 de Insuficiencia cardiaca. puesto que ha demostrado disminuir el riesgo de muerte y reducir los ingresos por insuficiencia cardiaca. No está

recomendado cuando la PAS 100 mmHg , FGe $15 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ y $\text{K}^+ > 5,4 \text{ mEq/L}$, insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar y colestasis, antecedentes de angioedema y uso concomitante de medicamentos que contienen aliskireno o intolerancia a ARA II.

Bibliografía

Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016;69:1167.

Chivite D, Franco J, Formiga F. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:237-46.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Fracción de eyeción reducida. Sacubitrilo/valsartán.