

Cas clínic **SAHS i Cardiopatia**

3 de febrer de 2014

Dra Albina Aldomà Balasch
Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Lleida

Antecedents

Home de 50 anys

- Fumador de 40 cig/dia
- HTA en tractament farmacològic, mal control.
- Obés.
- Laboral: transportista.
- Medicació habitual:
 - Ramipril 10 mg / 24h
 - Hidroclorotiazida 12'5 mg / 24h

Motiu de consulta

Març 2013

- Derivat pel MAP per estudi de dísypnea d'esforç de varis mesos d'evolució, sense altra clínica d'IC.
- Explica episodis ocasionals de palpitations autolimitats, de pocs segons de duració.
- EF:
 - PA 160/95 mmHg. FC 84 x'.
 - Pes: 114 Kg. Talla: 178 cm. IMC: 36.
 - RHJ+. No altres signes d'IC evident.
 - No altres troballes específiques.
- Analítica: bioquímica, hemograma i coagulació normal.

ECG





Quina seria la vostra actitud inicial?

- Mesures higiènico-dietètiques i ajustar el tractament antiHTA.
- Sol.licitar ecoTT.
- Sol.licitar Holter.
- Sol.licitar prova d'esforç.

Què vam fer?

- Mesures higiènico-dietètiques.
 - Insistir en la pèrdua de pes, dieta hiposòdica i que deixi de fumar.
- Intensificar tto antiHTA.
 - Afegir Amlodipino 10 mg / 24h.
- Sol.licitar ecoTT.

Segona visita

Maig 2013

- Persisteix dísypnea de moderats-grans esforços. “Cansament general”.
- EF:
 - ☐ No ha perdut pes
 - ☐ TA 150/90 mmHg. FC 82 x’.
 - ☐ Sense signes congestius evidents. IJ +.
- EcoTT:
 - ☐ HVE moderada (SIV 14 / PP 13 mm), FE normal. AE 45 mm.
 - ☐ Sense altres troballes significatives.



Quina seria la vostra actitud?

- Insistir en les mesures higiènico-dietètiques i esperar que perdi pes.
- Afegir un diürètic de nansa al tractament.
- Afegir un beta-bloquejant al tractament.
- Sol.licitar PFR.

Què vam fer?

- Mesures higiènic-dietètiques.
 - Insistir en la pèrdua de pes, dieta hiposòdica i que deixi de fumar.
- Afegir un diürètic de nansa al tractament (Torasemida 5 mg / 24h).

Un mes més tard

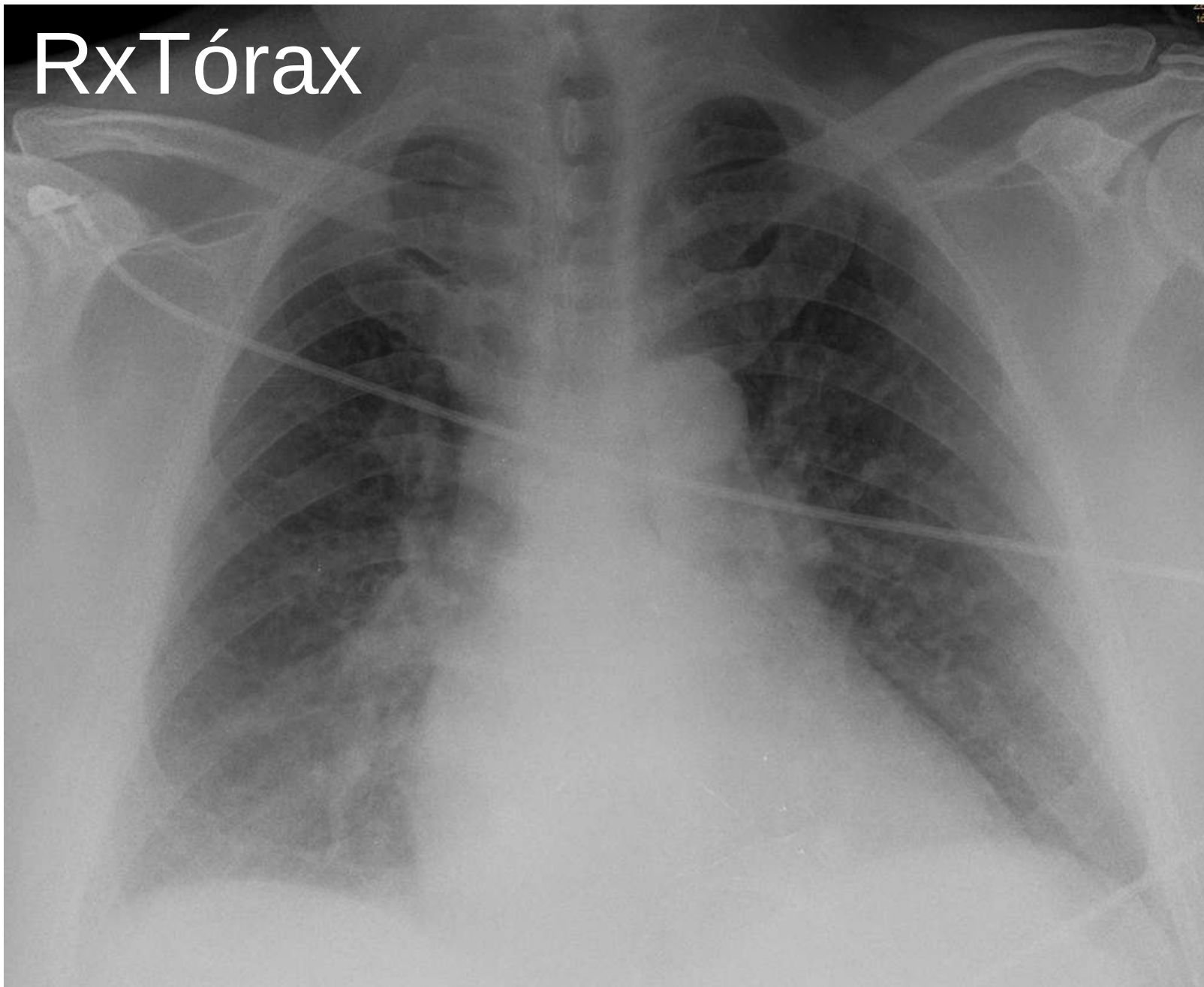
Juny 2013

- Ingressa per insuficiència cardíaca descompensada després d'empitjorament ràpidament progressiu en les últimes 72 hores, amb palpitations ràpides associades.
- EF a l'ingrés: PA 150/100 mmHg, FC 140 x', SatO₂ 96% (UN 3L/min). Crepitants bibasals.
- ECG: FA amb FVM elevada.
- Analítica: BQ, hemograma i coagulació normals.

ECG



RxTórax



Evolució durant l'ingrés

- Evolució favorable amb tractament deplectiu i frenador.
- Es dóna d'alta, pendent de CVE diferida.
- Tractament a l'alta:
 - Bisoprolol 10 mg / 24h
 - Ramipril 10 mg / 24h
 - Torasemida 5 mg / 24h
 - Amlodipino 10 mg / 24h
 - Hidroclorotiazida 12'5 mg / 24h
 - Dabigatran 150 mg / 12h

Visita post-CVE

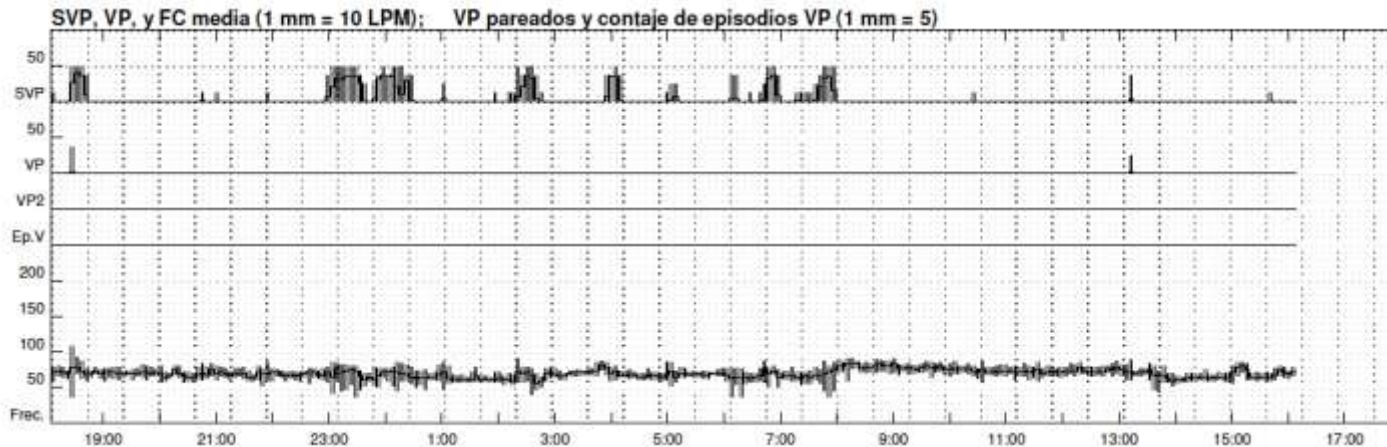
Agost 2013

- Lleugera millora clínica, persisteix dísypnea a grans esforços.
- Episodis de palpitations similars als previs.
- EF sense signes congestius. RHJ +.
- ECG: en RS
- Mantenim el mateix tractament.

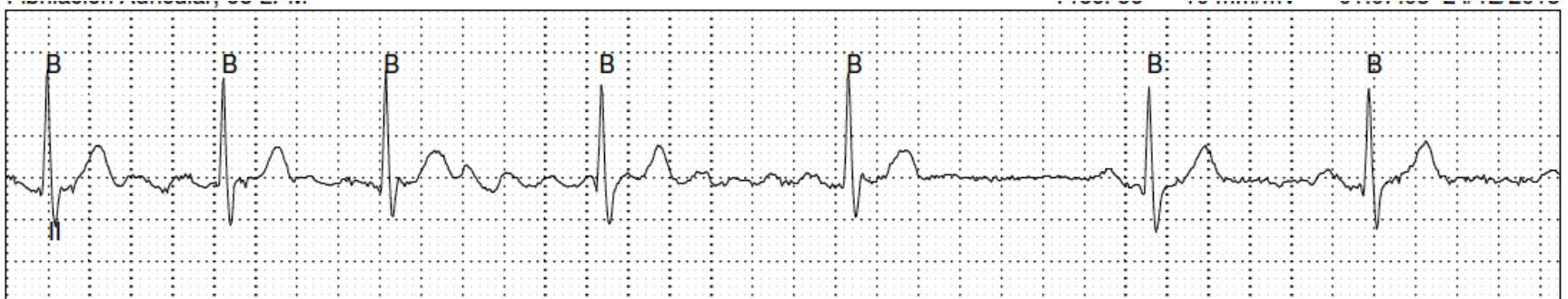
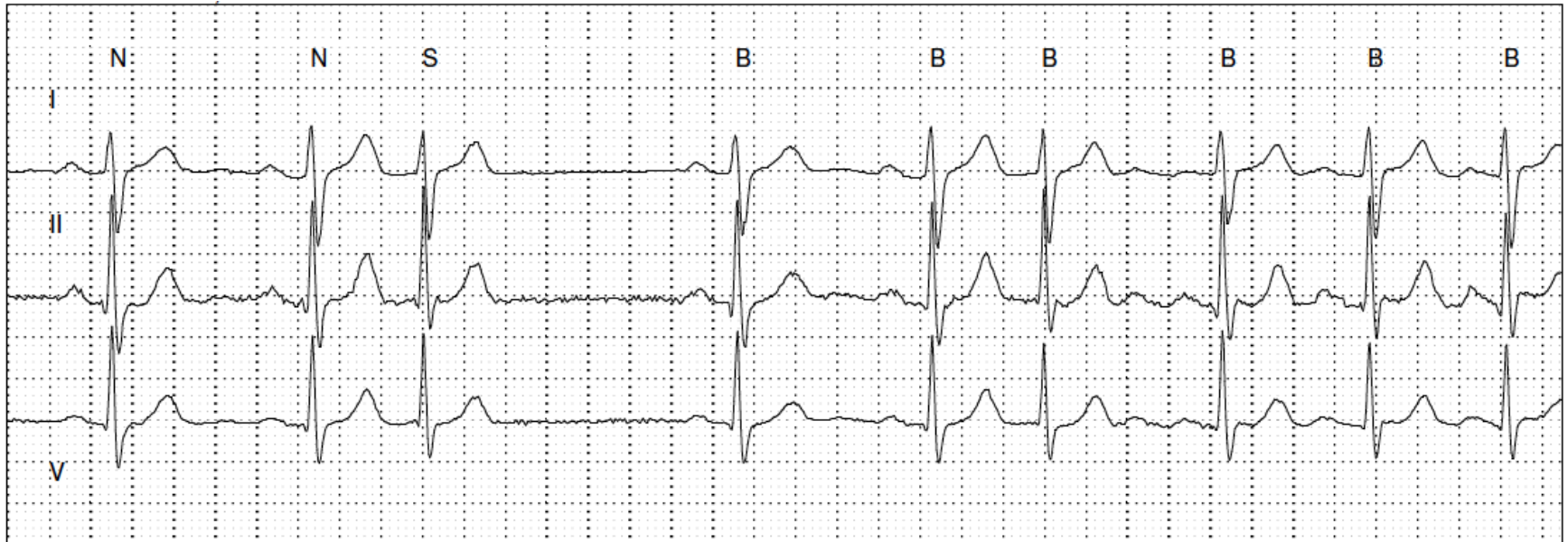
S'indica Holter

Holter

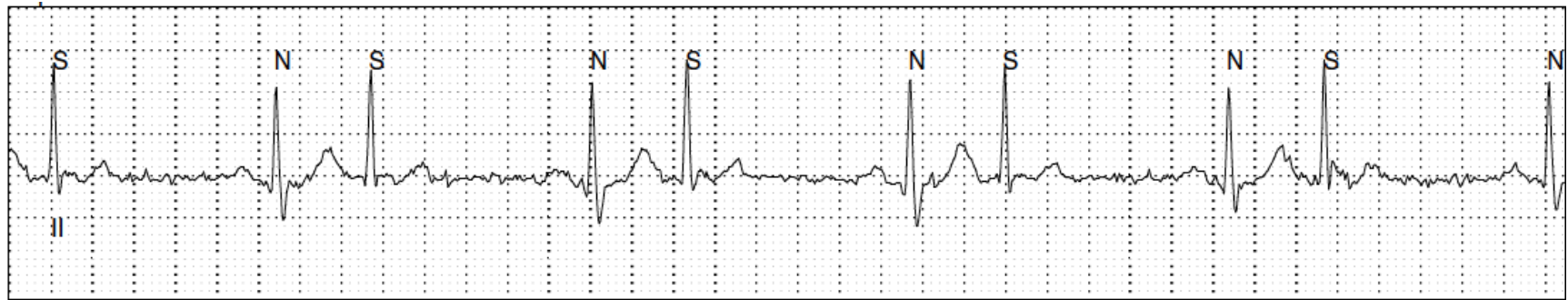
	Frec. Cardiaca			Ectopicos Supraventriculares					
					Long. Episodio			Máx.	
Periodo	Mín.	Medio	Máx.	1	2	3+	Long.	Total	Fib-A %
18:01 - 19:01	38	72	108	542	2	-	-	546	0
19:01 - 20:01	57	70	82	-	-	-	-	0	-
20:01 - 21:01	58	69	84	5	-	-	-	5	-
21:01 - 22:01	53	69	85	2	-	-	-	2	-
22:01 - 23:01	56	69	79	33	-	-	-	33	-
23:01 - 00:01	37	69	85	1416	-	-	-	1416	-
00:01 - 01:01	45	67	85	663	1	-	-	665	3
01:01 - 02:01	48	63	85	17	-	-	-	17	3
02:01 - 03:01	40	65	90	488	-	-	-	488	-
03:01 - 04:01	62	72	88	37	-	-	-	37	-
04:01 - 05:01	59	67	80	348	-	-	-	348	-
05:01 - 06:01	52	69	86	47	-	-	-	47	-
06:01 - 07:01	37	67	88	384	1	-	-	386	-
07:01 - 08:01	36	67	88	490	-	-	-	490	-
08:01 - 09:01	46	80	91	78	-	-	-	78	-
09:01 - 10:01	65	78	91	-	-	-	-	0	-
10:01 - 11:01	58	74	88	1	-	-	-	1	-
11:01 - 12:01	60	73	86	-	-	-	-	0	-
12:01 - 13:01	65	73	86	-	-	-	-	0	-
13:01 - 14:01	44	72	89	15	-	-	-	15	-
14:01 - 15:01	53	63	75	-	-	-	-	0	-
15:01 - 16:01	56	69	86	1	-	-	-	1	-
16:01 - 16:25	63	72	81	1	-	-	-	1	-
Resumen	36	70	108	4568	4	0	-	4576	0



Holter



Holter



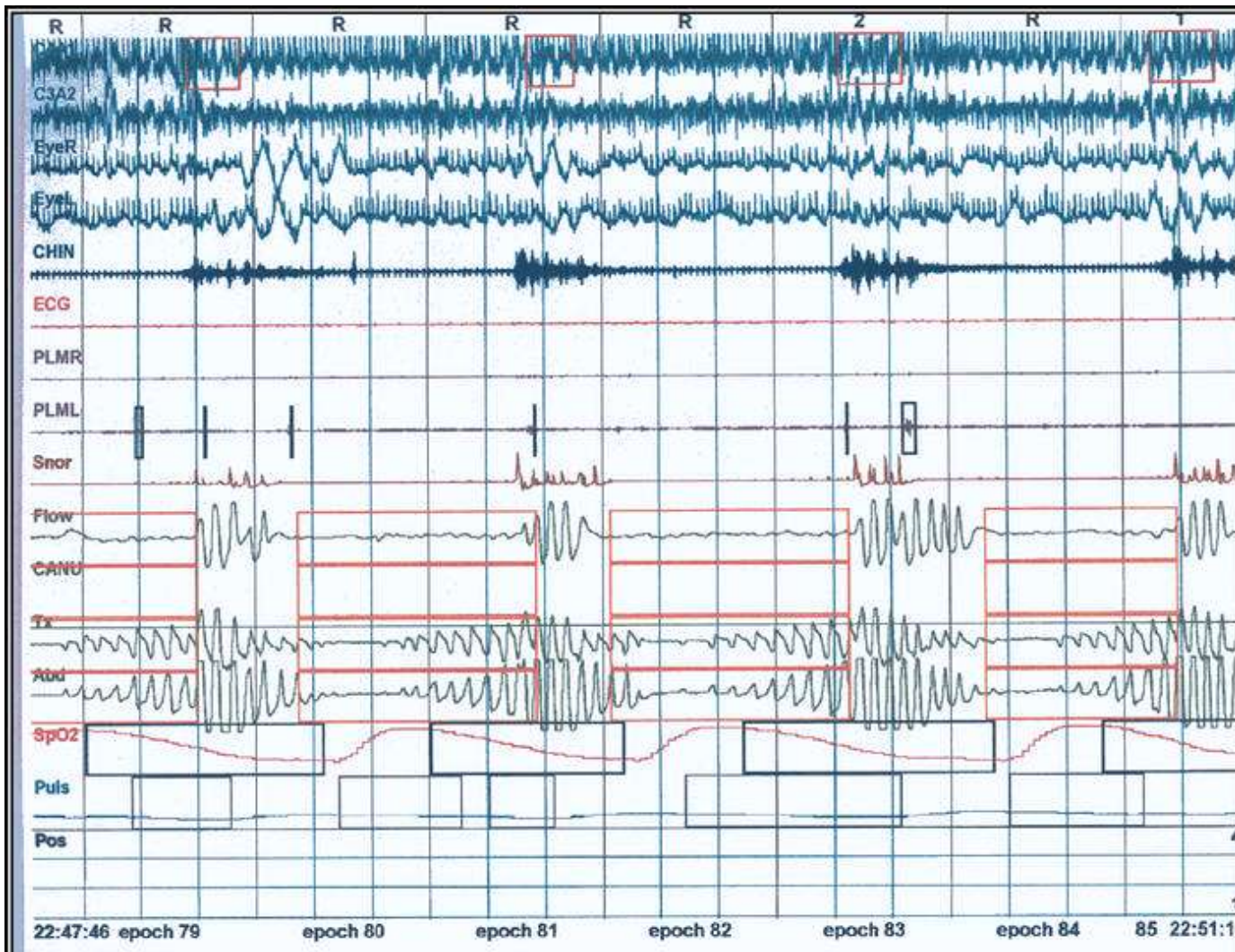
Visita post-Holter

Setembre 2013

- Reinterrogant al pacient:
 - ☐ Roncopatia
 - ☐ Possibles apnees nocturnes
 - ☐ No criteris d'hipersomnolència diürna (Epworth 4)
- Es deriva a la unitat de la son per estudi PSG ambulatori.



Polisomnografia



IAH 60
SatO₂ mitja 92%
SatO₂ mínima 81%

SAHS severa

1 La faringe se obstruye

La causa de esta enfermedad es la obstrucción mecánica de las vías respiratorias altas. Esta obstrucción casi siempre se sitúa en la orofaringe y/o hipofaringe, sus causas son poco conocidas y suelen ser multifactoriales.



El aire insuflado empuja la lengua hacia adelante y abre la garganta.



Faringe

Aire

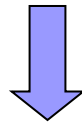
Visita de control

Desembre 2013

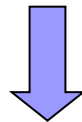
- Visita de control a consultes externes de cardiologia 3 mesos després
 - ☐ NYHA I, no nous episodis de palpitations.
 - ☐ S'ha aprimat 7 Kg.
 - ☐ Desaparició RHJ.
 - ☐ PA 135/85 mmHg. FC 75 x'.
 - ☐ Bona adherència al tractament farmacològic i CPAP.
 - ☐ ECG de control: en RS.
 - ☐ Holter de control: no s'objectiva ectòpia auricular ni paroxismes de FA.
 - ☐ Se suspén tto diürètic.

Valoració global

- Pacient de 50 anys, HTA mal controlada, obés
- Dísipnea de moderats-grans esforços + palpitations paroxístiques.



- Cardiopatia HTA.
- Insuficiència cardíaca.
- Taquicàrdies supraventriculars paroxístiques, sobretot fibril·lació auricular, de predomini nocturn.



SAHS