



EMC en Cardiología
SUC 2025
SEMINARIO TALLER



SEMINARIO TALLER

Desafíos en el Cuidado Cardiovascular del Adulto Mayor

CASOS CLÍNICOS



Seminario taller
**DESAFÍOS EN EL CUIDADO
CARDIOVASCULAR DEL ADULTO MAYOR**

Sábado 6 de setiembre de 2025

Horario: de 08:30 a 13:30 h

Hilton Garden Inn Montevideo

Av. Luis Bonavita 1315. Montevideo Shopping

PRESENCIAL & ONLINE

ORGANIZA:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Coordinadores:

Dr. Rodrigo Andrade

Dra. Ema Barcala

Expositores y panelistas:

Dra. Ivanna Duro

Dra. Natalia Llado

Dr. Fernando Machado

Dr. Johan Meneses

Moderadores:

Dra. Sofia Gutiérrez

Dr. Imanol Inchauspe

Dr. Bruno Lenzi

Dr. Juan Pablo Roda

Dr. Cristian Rojas

Dra. Gabriela Talmón

Dra. Eva Zapata

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente de 79 años, sexo femenino. Patología osteoarticular, deambula lento con auxiliar de marcha. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), ayuda en las tareas del hogar y mandados. Una caída intradomiciliaria en 2024. Depresión en tratamiento. Sin deterioro cognitivo, buena vida de relación, actividades extra domiciliarias esporádicas. Cardiopatía isquémica con ATC en ACD en el año 2000 en contexto de IAM inferior. FRCV: hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino-requiriente.

Medicación habitual: Losartan 50 mg, Rosuvastatina 10 mg, Sertralina 50 mg. Metformina 850 mg cada 12 horas.

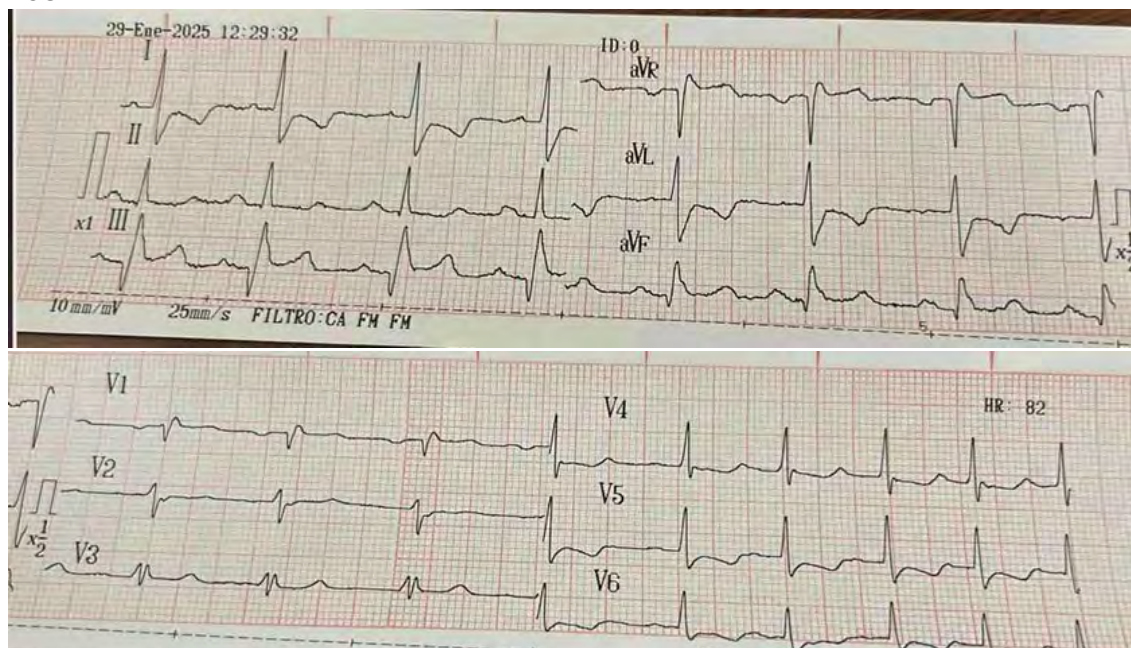
EA: Historia de disnea de esfuerzo intradomiciliaria de reciente comienzo, en algunas oportunidades acompañada de ángor. Consulta en emergencia por episodio de dolor de características anginosas acompañado de disnea, que aparece postprandial.

Al examen clínico se destaca: en lo CV RR 80, soplo holosistólico 3/6 que borra R2, PA 150/90 mmHg. PP: crepitantes gruesos bibasales, satura 98% en VEA, eupneica.

Dolor con remisión completa espontánea a la hora aproximadamente, sin mediar tratamiento médico.

De la PC se destaca: troponinas (2) las cuales resultan negativas, Hb 12.2 g/dl, PLT 181.000/ μ L, GB 7.000/ μ L. Creatininemia 1.6 mg/dl, azoemia 44 mg/dl, sin disonias.

ECG:



PREGUNTA 1

¿Cuál es su primer planteo clínico en esta paciente?

PREGUNTA 2

¿Cómo complementar la valoración clínica?

- CACG de urgencia con planteo de ángor inestable dado ECG de alto riesgo
- ETT para definir conducta
- Ingreso sanatorial para inicio de tratamiento médico y completar estudios
- Ajuste de tratamiento médico y alta a domicilio con estudios ambulatorios

Se decidió solicitar ETT que informa: VI de dimensiones normales con espesor parietal aumentado (SIV 14 mm, PP 13 mm), aquinesia inferoseptal basal e inferior basal de aspecto secuelar con hipoquinesia inferolateral medio apical, FEVI límite inferior normal 54%. Patrón de llenado del VI pseudonormal (relación E/e' 22). AI severamente dilatada. AD normal. VD de dimensiones normales, normofuncionante. VAO trivalva, fibrocalcificada, con restricción de apertura en grado severo, AVA por ecuación de continuidad 0.5 cm² para TSVI 20 mm y 0.65 cm² por planimetría 2D, Vmax 5.6 m/s, GMax 125 mmHg y Gmed 86 mmHg, CO 0.15 lAo leve. VM con calcificación de su anillo, IM leve. Sin clara IT para estimar PSAP.

PREGUNTA 3

Con el resultado del ETT y teniendo en cuenta el motivo de consulta, en caso de estar en puerta, ¿cómo avanzaría?

- Aunque el ETT aporta datos, es necesario CACG de urgencia dado el motivo de consulta
- La valvulopatía podría explicar el cuadro clínico, comienzo a pensar en intervencionismo sobre su VAO

Se decidió el ingreso sanatorial y se solicita CACG, la cual muestra:



Informe: dominancia derecha, lesión severa en la unión de tercio medio y distal de ADA, lesión subocclusiva en el origen de 1er Mg, lesión subocclusiva en el origen de 2do Mg, calcificación valvular aórtica.

PREGUNTA 4

Con estos resultados:

- a. Haría consulta con equipo de cirugía cardíaca
- b. Tiene clara indicación de TAVI
- c. Optimizaría tratamiento médico y realizaría seguimiento estrecho de su valvulopatía en policlínica de cardiología

Se realizó la consulta con equipo de cirugía. Dado que se consideró una paciente añosa, frágil y con escasa movilidad que limitaría la rehabilitación postoperatoria, se decide consultar con equipo de hemodinamia.

Se discutió la paciente, se decidió tratamiento conservador de su enfermedad coronaria, se completó la valoración, y se coordinó implante de TAVI con bioprótesis Myval 21.5 mm a volumen nominal. ETT intraprocedimiento, gradientes 7/4 mmHg, sin derrame pericárdico ni otras complicaciones asociadas. Evoluciona sin complicaciones del acceso vascular femoral, se mantuvo eléctricamente estable en RS y BRD incambiado. Se otorgó alta a domicilio a las 72 horas del procedimiento. En controles en policlínica se mantiene clínicamente estable, con disnea de esfuerzo leve no limitante en actividades extradomiciliarias, se mantiene sin ángor.

PREGUNTA 5

Si la paciente tuviera la misma edad, 79 años, pero fuera un adulto mayor robusto, ¿hubiera cambiado su conducta terapéutica?

PREGUNTA 6

Si la enfermedad coronaria severa fuera en la ADA proximal, ¿hubiera cambiado su conducta terapéutica?

Caso Clínico 2

Paciente de 81 años, sexo masculino. Jubilado. Vive con su hija.

Factores de riesgo CV:

- HTA sin historia de daño de órgano blanco. PA habitual: 130/65 mmHg. Tratamiento: Losartán 50 mg cada 12 horas.
- Dislipemia sin tratamiento.
- Glicemia de ayuno alterada.

MC: Mareos.

EA: Paciente que presenta desde hace 6 meses episodios de mareos, sin inestabilidad, ni caídas. No relata sensación rotogiratoria. No disnea, ni dolor torácico. TU y TD: sin alteraciones. De las consultas previas en policlínica de primer nivel de atención se destaca: PA 145/70 mmHg. Le indicaron que era normal para su edad.

EF: Buen estado general, masas musculares conservadas. Normocoloreado, hidratado. CV: Ritmo regular a 78 cpm, no soplos, no edemas, con presión arterial: 155/70 mmHg. No edemas de MMII. PP: MAV conservado bilateral, no estertores. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no irritación peritoneal. Resto normal.

PC: Hemograma normal. Creatininemia 0,85 mg/dl, Azoemia 30 mg/dl. Ionograma normal. Glicemia 113 mg/dl. CoIT 278 mg/dl. LDL 187 mg/dl.

PREGUNTA 1

¿Considera a este paciente un anciano frágil? ¿En qué criterios se basa para definirlo?

PREGUNTA 2

¿A qué atribuye los síntomas del paciente?

PREGUNTA 3

¿Qué considera con respecto al control de PA y al tratamiento farmacológico de su HTA?

PREGUNTA 4

¿Realizaría tratamiento farmacológico para su dislipemia y su glucemia de ayuno alterada?

A los 9 meses, consulta en policlínica con historia de palpitaciones intermitentes de aprox. 5 meses de evolución; en alguna oportunidad disnea de esfuerzo CF II. No dolor torácico. Adecuado control ambulatorio de PA, con el agregado de Amlodipina 5 mg refiere cifras de PA de 130/60 mmHg habituales. Al examen normotenso, RI de 100 cpm. No edemas de MMII, no IY. MAV positivo bilateral sin estertores.

PREGUNTA 5

Con planteo clínico de Fibrilación Auricular ¿Qué estudios solicitaría en este paciente para confirmar el diagnóstico?

Electrocardiograma: FA con frecuencia ventricular promedio de 100 cpm. HVI por criterios de voltaje.

PREGUNTA 6

¿Solicitaría estudios adicionales para valoración CV?

- a. ProBNP
- b. ProBNP, RxTx, EcocardioTT

- c. Pro BNP, RxTx, Centellograma cardíaco
- d. Pro BNP, Rxtx, Cardioresonancia

Los resultados de los análisis solicitados son los siguientes:

- Pro-BNP 670 pg/ml.
- RxTX: aumento de silueta cardiaca, no derrame pleural, sin infiltrados.
- ETT: ventrículo izquierdo de dimensiones normales con hipertrofia concéntrica leve, FEVI conservada 57%. Auriculomegalia izquierda. Patrón de relajación prolongada, disfunción diastólica. Insuficiencia tricúspide leve que permite calcular presión sistólica pulmonar de 39 mmHg.

PREGUNTA 7

Con respecto a la FA, en este paciente, ¿qué tratamiento propone?

- a. Control de ritmo con digoxina y anticoagulación
- b. Control del ritmo con beta bloqueantes y anticoagulación
- c. Control de frecuencia sin iniciar anticoagulación
- d. Solo anticoagulación

PREGUNTA 8

Con respecto a la anticoagulación en este paciente, ¿iniciaría tratamiento? ¿Con qué fármaco?

PREGUNTA 9

¿Tiene este paciente ICCFEp? En caso afirmativo, ¿cómo la trataría?

Caso Clínico 3

Paciente de 81 años, sexo femenino. Vive sola. Limitada, ayuda familiar.

AP: ansiedad ocasional, prótesis de cadera derecha hace 2 años, artrosis.

FRCV: HTA, dislipemia mixta.

Medicación habitual: enalapril 5 mg cada 12 horas, hidroclorotiazida 12.5 mg día, amlodipina 2.5 mg día, bisoprolol 2.5 mg, atorvastatina 10 mg días alternos, omega 3 un comprimido día, piacledine 1 comprimido día, colágeno, vitamina D 1000 UI día, omeprazol 20 mg día, alprazolam 0.5 mg noche, paracetamol 500 mg a demanda.

MC: repetición mediación cardiovascular.

Paciente conocida, que acude a control y repetición de medicación habitual. Refiere en el último tiempo cansancio y desánimo, caída por tropiezo en vía pública se recupera con asistencia. Incontinencia de esfuerzo de reciente aparición por lo que abandona gimnasia de adulto mayor que realizaba 2 veces por semana. Dieta balanceada, aunque nota que ha perdido algo de peso. Refiere buen control de PA, trae monitoreo promedio 120/60 mmHg. Niega ángor, no palpitaciones, no síncope, disnea de esfuerzo leve CF II habitual.

Ex físico: lúcida, normocoloreada, marcha lenta al ingresar al consultorio y dificultad para levantarse de la silla. Masas musculares reducidas. IMC 21 kg/m². PA 130/80 mmHg. CV: RR 68 cpm, sin soplos, no elementos de hipervolemia. PP: MAV +/- sin estertores.

ECG: ritmo sinusal 65 cpm, P normal, PR 180 ms, EEM -30, QRS estrecho con repolarización en límites normales, QT 430 ms.

De la paraclínica de 2024 se destaca: Hb 13 g/dl, GB 6.500/μL, PLT 141.000/μL, Creatininemia 1.2 mg/dl, Azoemia 44 mg/dl, Na 133 mEq/l, K 4.0 mEq/l, CT 160 mg/dl, HDL 35 mg/dl, TG 90 mg/dl, LDL 107 mg/dl. No se cuenta con PC en 2025.

PREGUNTA 1

Identifique los factores de fragilidad en esta paciente

PREGUNTA 2

Respecto a la medicación actual, ¿cuál sería la mayor preocupación de la polifarmacia en este contexto?

- Riesgo de hipotensión y caídas por múltiples antihipertensivos más alprazolam
- El riesgo de rabdomiolisis en el adulto mayor me limita el uso de estatinas
- Bisoprolol aumenta el riesgo de BAV en el adulto mayor
- El omeprazol reduce la eficacia de las estatinas
- Riesgo de disonías secundaria al uso de diuréticos

PREGUNTA 3

¿Cuál sería la mejor estrategia para la desprescripción y optimización farmacológica?

- a. Suspender alprazolam y mantener resto tratamiento dado que cumple objetivos terapéuticos
- b. Evaluar la necesidad de cada antihipertensivo y cambiar el plan de tratamiento
- c. Repensar el tratamiento para la dislipemia
- d. Solicitar PC completa y ajustar tratamiento con los resultados

PREGUNTA 4

¿Qué plan terapéutico preferiría? ¿Qué recomendaciones haría sobre estilo de vida y el ejercicio físico?

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy

Horario: de 14 a 21 horas



EMC en Cardiología SUC 2025 SEMINARIO TALLER



Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600

Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy