

CAS CLÍNIC

“HTA EN SITUACIONES DIFÍCILS”

Societat Catalana de Cardiologia

M de Antonio Ferrer

Resident, HSCSP

11/01/2009

MOTIU DE CONSULTA

Home de 65 anys remès a Unitat HTA per Metge de Família per HTA refractària.

ANTECEDENTS SOCIALS

- Natural de Llatino-Amèrica, amb residència a Espanya des del 2001, viu a Barcelona des de fa 1 any.
- Treballa de vigilant de seguretat en torn de nit. Dorm 4-5 hores durant el dia.
- Separat amb 3 fills que viuen al país d'origen.
- Dificultats econòmiques.

HÀBITS

- **Hàbits tòxics:**
 - Ex fumador des de del 1974, dosi total acumulada de 10 paq/any.
 - Consum alcohol: 1 got de vi al dia.
 - No altres drogues
- **Consum sal:** no afegeix sal però sí ingesta d'aliments amb alt contingut ClNa.
- **Exercici:** Cap per gonàlgia. Fins feia pocs mesos natació i cinta 3 cops per setmana.

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Mala tolerància doxazosina.
- No DLP ni DM.
- **Hiperuricèmia** sense tractament.
- **Obesitat mòrbida**. IMC 37.5 Kg/m² (pes 119 Kg, A 178.5 cm. Perímetre abd 121 cm).
- **SAHS** en tt amb CPAP.
 - Diagnòstic al 2006 → Inici tt amb CPAP amb compliment ajustat de 4 h diàries amb millora simptomàtica.

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- Trombosi venosa profunda bilateral al 2000.
- Gonartrosi amb consum AINEs habitual.
- Prostatisme en tractament.
- Sd estrès posttraumàtica (pres polític).
- IQ: amigdalectomia, adenoidectomia, colecistectomia, espoló calcani, artroscòpies genoll.

ANTECEDENTS FAMILIARS

- Pare: Mort de càncer de pàncrees.
- Mare: HTA de difícil tractament. Morta de càncer ?.
- Germana: Esclerosi múltiple.

MALALTIA ACTUAL

- Dx HTA al 1988 a revisió mèdica.
- Diversos tractaments amb control erràtic de PA. Mala tolerància doxazosina.
- No símptomes suggestius d'HTA secundària.
- No afectació coneguda òrgans diana ni símptomes suggestius, únicament cefalees esporàdiques coincidint amb pics HTA.
- Des de fa 2 anys PA habituals de 180/100-110 amb 4 fàrmacs des de fa un any.

TRACTAMENT

- **Atenolol 25 mg 1-0-0**
- **Hidroclorotiazida 25 mg 1-0-0**
- **Enalapril 20 mg 1-0-0**
- **Amlodipino 5 mg 0-0-1**

- Olanzapina 10 mg 1-0-0
- Clonazepam 0.5 m 0-0-1
- Dutasterida 0.5 mg 0-0-1
- Diclofenaco/Ibuprofeno a demanda.

EXPLORACIÓ FÍSICA

- PA: ESD 183/96 ESE 190/98 mmHg, sense variació significativa seg mesures.
- FC 66 bpm.
- Obesitat central.
- Signes d'IVC.
- FU: Esclerosi arterial.
- Sense altres troballes patològiques a l'examen físic.
- ITB normal.

E. COMPLEMENTÀRIES

- **ECG**: RS; PR normal; criteris HVE
- **Ecocardiografia**:
 - VE no dilatat amb HVE moderada (TIV 16 mm/PP 14 mm).
 - FEVE conservada.
 - Disfunció diastòlica tipus I.
 - Vàlvules mitral i aòrtica sense alt patològiques.
 - VD no dilatat normocontràctil.
 - IT lleugera amb HTP 45 mmHg.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES (II)

- **Analítica:**

- Hemograma, ionograma, glicèmia basal i funció renal normal MDRDe >60 .
- Àc úric 500 mmol/L.
- Estudi lípids normal
- Funció tiroïdal normal.
- Catecolamines normals (amb wash-out previ). Aldosterona (decúbit) i Cortisolúria normal;
- Microalbuminúria (35 mg/d).
- Estudi trombofília pendent.

- **MAPA:** PA $> 180/100$. Pressió arterial nocturna amb patró non-dipper

RESUM

Pacient home de 65 anys, amb antecedents d'obesitat, hiperuricèmia, SAHS, sd estrès posttraumàtica amb HTA de llarga evolució grau 3 amb càrrega genètica positiva, resistent al tractament mèdic (4) i amb afectació orgànica subclínica (microalbuminúria/HVE).

FACTORS REFRACTARIETAT

- Consum de sal
- Obesitat
- Exercici
- SAHS
- Sd estrès postraumàtica.
- Consum AINEs
- ? Adherència al tractament
- Dosis de fàrmacs subòptimes.

MANEIG

- Educació hàbits higienicodietètics.
- Programa de rehabilitació per gonàlgia, podent reanudar activitat física lleugera i adaptada.
- Revisió per Pneumologia CPAP: persistència de 'dents de serra' a corba SatO2, IAH subòptim: es va modificar paràmetres i es va recomanar augment d'hores de son.
- Mantenir seguiment per Psiquiatria.
- Es va recomanar limitar ingesta d'AINEs

MANEIG (II)

MODIFICACIÓ TRACTAMENT FCOLÒGIC:

1. Augment atenolol 50 mg/d
2. Augment amlodipino 5 mg/12h
3. Augment hidroclorotiazida 50 mg/d
4. Augment enalapril 20 mg/12 h
5. Substituir HTZ per furosemida/clortalidona
6. Afegir espironolactona
7. Combinació de vàries

MANEIG

- Augmentar les dosis de b-bloquejants
- Augmentar amlodipino
- Substituir HTZ per furosemida.

VISITA DE SEGUIMENT (1.5 mes)

- Reporta AMPA 170-175/90-95
- Ha perdut 4 Kg de pes i fa exercici.
- Es troba bé.
- Edemes maleolars tous atribuïbles a amlodipino
- Disfunció erèctil atribuïble a beta bloquejants (?)

¿QUÈ FEM?

ATENOLOL 50/D, AMLODIPINO 5/12,
FUROSEMIDA 40/D, ENALAPRIL 20/D

- Intolerància a alfa bloq
- Disfunció erèctil 2aria possiblement a beta bloquejants
- Edemes atribuïbles a amlodipino

1. Mantenir atenolol + sildenafilo
2. Rebaixar amlodipino en combinació amb ARA-II sense dosi d'amlodipino al vespre i retirar IECAs.
3. Rebaixar atenolol i amlodipino i augmentar IECAS.
4. Rebaixar atenolol i amlodipino i afegir espironolactona.
5. Rebaixar atenolol i amlodipino i afegir aliskiren.
6. Afegir Minoxidil.

DISCUSIÓ



MOLTES GRÀCIES