



ATENEO CLÍNICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

Laura Soledad Filazzola

19/06/2013

PACIENTE: C.M. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 41 años

Fecha de ingreso: 07/04/2013 **Fecha de egreso:** 22/04/2013

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Angor

ENFERMEDAD ACTUAL:

Refiere comenzar el día 06/04/13 con dolor precordial opresivo, en reposo, con irradiación a hombro izquierdo, de intensidad 4/10, de menos de 10 minutos de duración que cede espontáneamente. A las 4 AM del día siguiente repite el dolor, de similares características pero mayor intensidad y duración, por lo que consulta a guardia externa de este Hospital. Se constata en ECG injuria subepicárdica anterior por lo que ingresa a hemodinamia para CCG de urgencia.

ANTECEDENTES:

• **Factores de riesgo cardiovasculares:**

- Tabaquismo pasivo.
- Dislipemia.

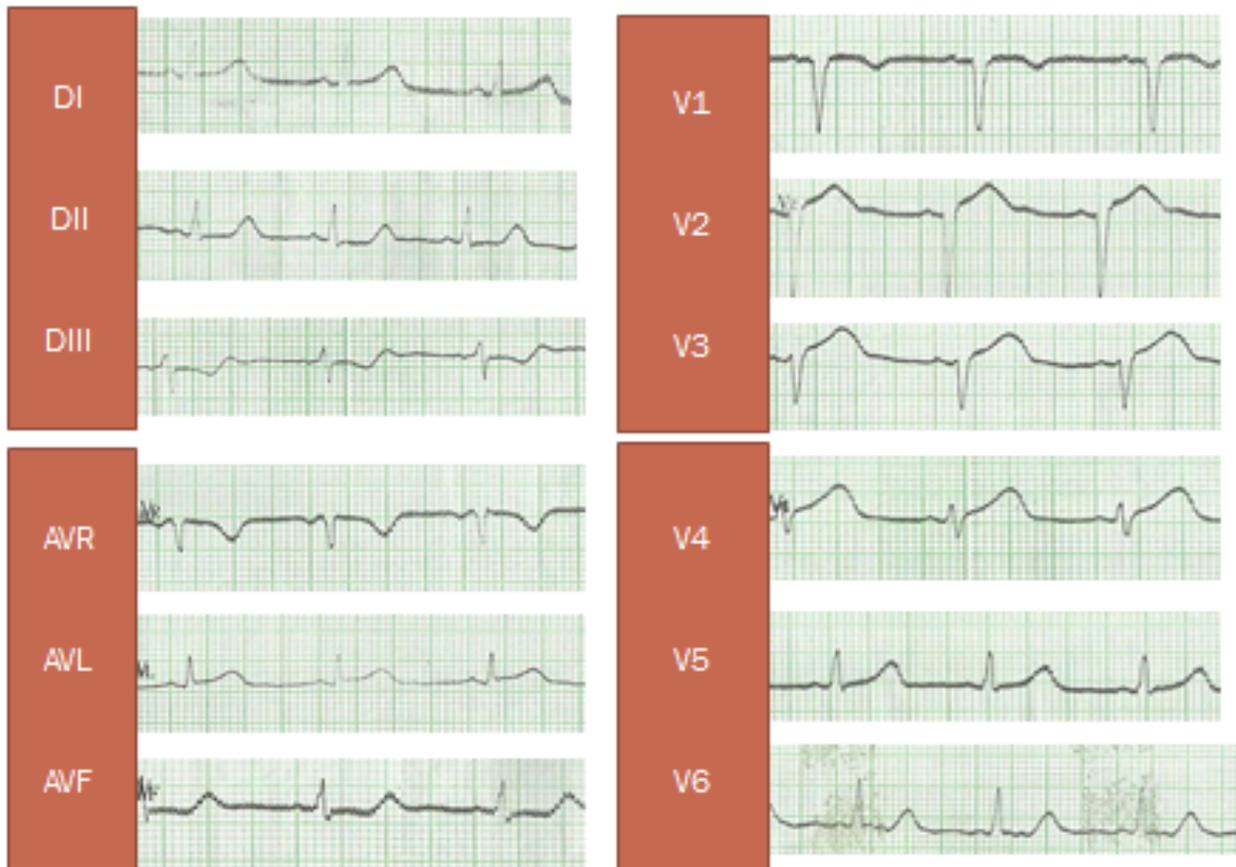
• **Antecedentes de enfermedad actual:**

- IAM anterior KKD en 2011, con angioplastia primaria con DES a DA proximal, con requerimiento de tirofibán.

• **Medicación habitual:**

- Enalapril 2.5 mg c/12 hs
- Aspirina 100 mg/día
- Bisoprolol 5 mg/día
- Atorvastatina 20 mg/día
- Anticonceptivos orales

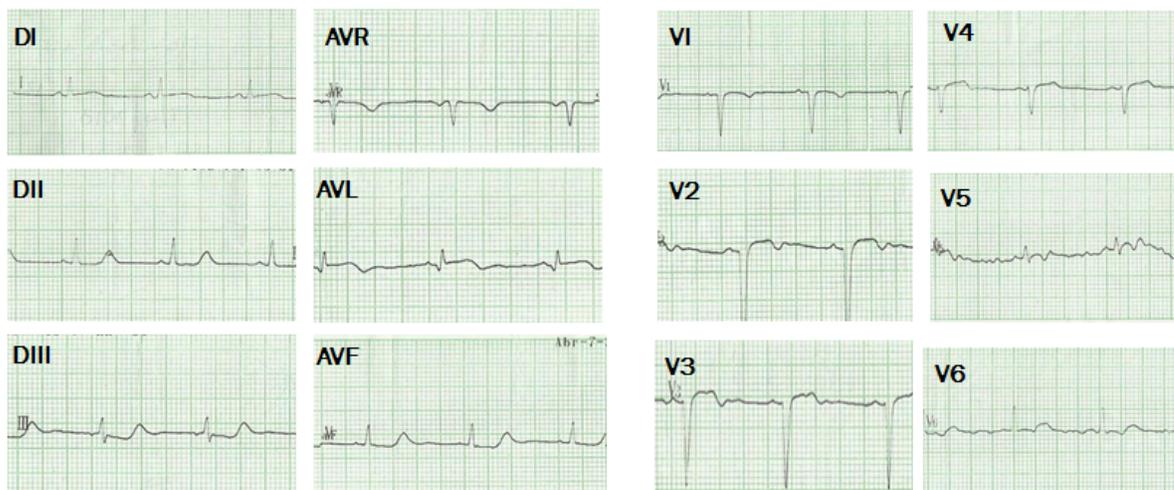
ECG ingreso a guardia externa



Evolución inmediata

Se realiza CCG que evidencia oclusión de la DA proximal con trombosis intrastent, se realiza angioplastia con balón a dicha lesión.

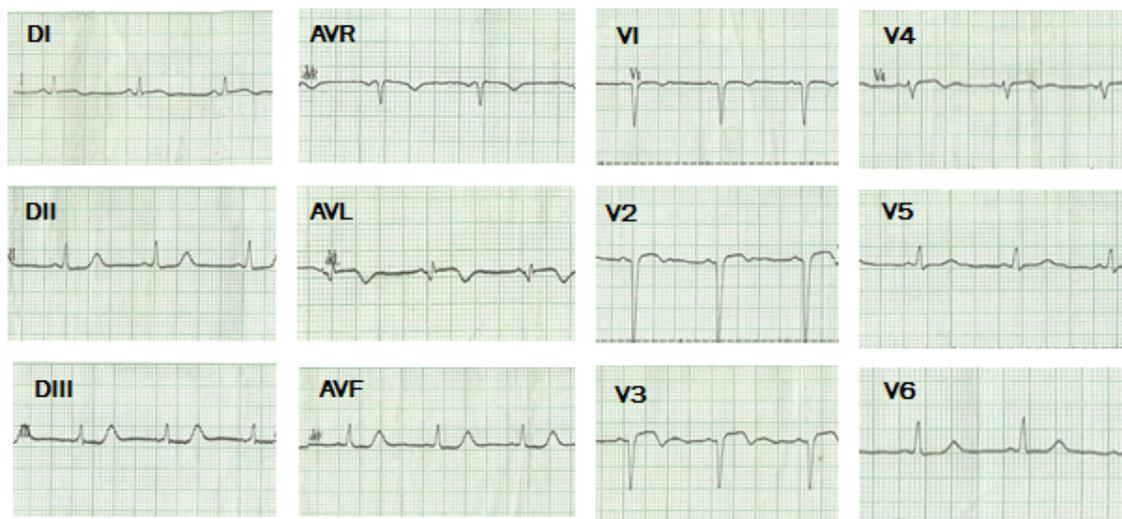
ECG post ATC



Evolución guardia externa

Ingresa a shock room a las 8.30 hs por falta de cama en Unidad Coronaria. Se indica infusión de Tirofiban. A las 12:30 del mismo día, reitera episodio de dolor precordial de intensidad 10/10 por lo que se inicia infusión de trombolíticos según indicación de hemodinamista de guardia. Pasa a hemodinamia para nueva CCG.

ECG CON DOLOR



2da CCG

Se evidencia DA ocluida en tercio proximal, intrastent. Se traspasa la oclusión de la DA, se dilata con balón, se realiza aspiración con catéter. Se realiza estreptoquinasa intracoronaria, bolo y

mantenimiento de tirofiban sistémicos. Control angiográfico sin evidencia de lesión residual y flujo TIMI III. Pasa a UCO para monitoreo y tratamiento.

Tiempos

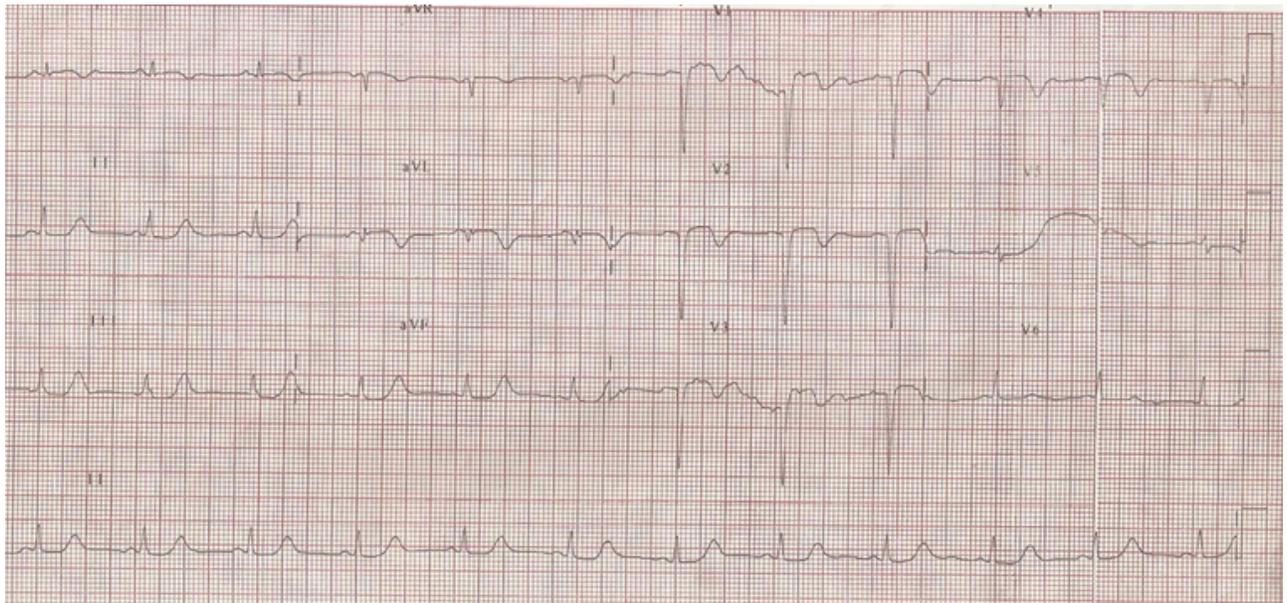


EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

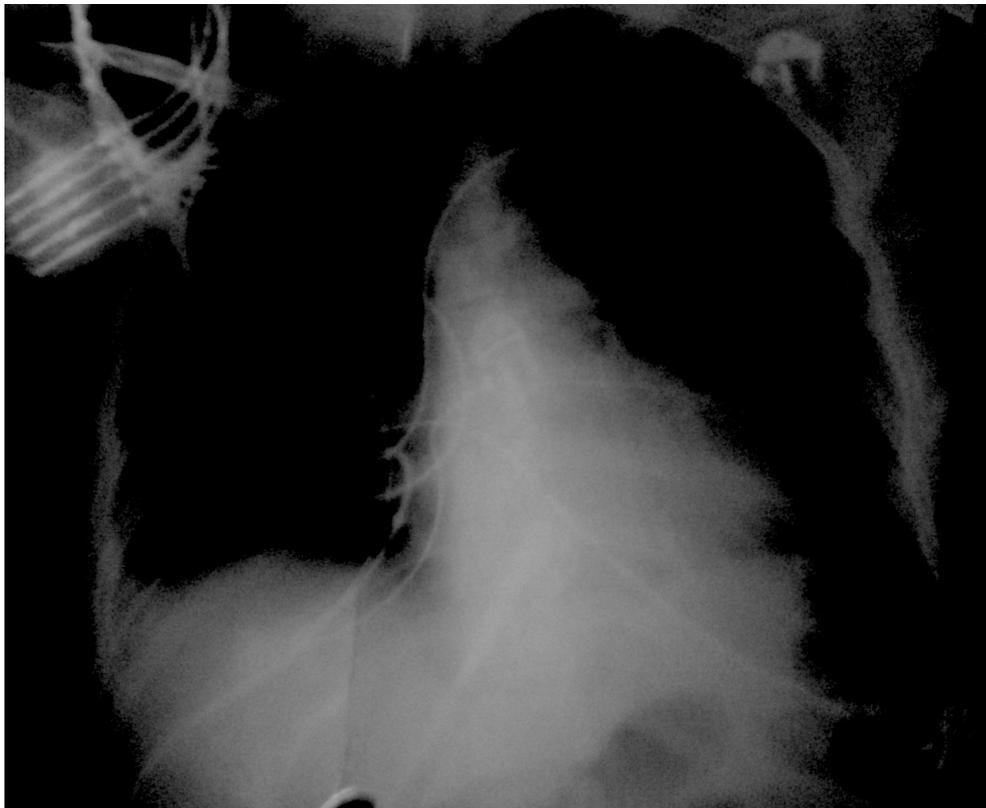
TA 110/80 mmHg	FC 74 (lpm)	FR 15 cpm	T 36 C°	SAO ₂ 98 % (0,21)
----------------	-------------	-----------	---------	------------------------------

- *Cardiovascular:* Adecuada perfusión periférica. Choque de la punta no palpable. Pulsos periféricos conservados, simétricos, regulares. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres.
- *Respiratorio:* Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados.
- *Abdomen:* Blando depresible, indoloro. RHA presentes, sin presencia de visceromegalias.
- *Neurológico:* Vigil, orientado en tiempo y espacio. Sin foco motor ni sensitivo.

ECG Ingreso a UCO (post 2da ATC)



RX tórax ingreso UCO



Evolución inmediata

Se constata hipotensión, en contexto de sangrado peri-catéter. Se suspende transitoriamente el tirofiban, se realiza compresión manual, expansión con cristaloides y transfusión de una unidad de glóbulos rojos con buena respuesta.

Evoluciona estable hemodinamicamente. Se retira introductor femoral a las 24 hs sin complicaciones.

Se realiza ecocardiograma.

Ecocardiograma

DDVI (cm)	DSVI (cm)	F.Ac. (%)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	Ao (cm)
5,4	3,9	28	0,0	0,84	3,7	2,8

VI no dilatado, grosor parietal normal. Función sistólica con deterioro moderado a severo. Aquinesia del septum y pared anterior en segmentos medios y de todos los segmentos apicales. Patrón de llenado normal. Aurícula izquierda no dilatada. Cavidades derechas normales. Válvulas normales.

EVOLUCIÓN UCO 08/04 AL 11/04

El 09/04 presenta 2 episodios de dolor precordial de 5 minutos de duración, sin cambios en el ECG, con curva de troponina en ascenso. Se interpreta como APIAM. La paciente se niega a estudio hemodinámico. Continúa con tratamiento médico.

Evoluciona estable hemodinamicamente sin angor ni equivalentes.

Se realiza interconsulta con servicio de hematología para evaluar trombofilia. Se sugiere realizar pruebas de coagulación luego de un mes pasado el episodio agudo y la administración de trombolíticos.

EVOLUCIÓN 12/04 AL 22/04

El 14/04 presenta dolor precordial característico de una hora de duración, con pseudo normalización de onda T en V5 y V6 y troponina intermedia. Se realiza CCG dentro de las 24 hs, no evidenciándose nuevas lesiones significativas en DA y Circunfleja.

El 18/04 se decide su pase a sala de cardiología. No repite episodios de angor ni equivalentes.

El 22/04 se decide su alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por hemodinamia y hematología.

MEDICACIÓN AL ALTA

Aspirina 100 mg/día

Prasugrel 10 mg/día

Atorvastatina 20 mg/día

Eplerenone 25 mg/día

Bisoprolol 5 mg/día

Enalapril 2,5 mg/día

Omeprazol 20mg/día

LABORATORIO

	07/04	10/04	12/04	15/04	17/04	22/04		
Hematocrito	38	34	33	31	33.8	34		
GB	11500	8800	8300	6800	7200	7000		
Plaquetas	291000	298000	325000	387000	428000	430000		
Glucemia	164	83	89	65	86	90		
Urea	29	18	23	18	16	22		
<u>Creatinina</u>	0,47	0,43	0,45	0,41	0,41	0,39		
TP/KPTT/RIN	79/55	103/25	100/23	91/33	90/34	100/27		
<u>Ionograma</u>	137/3,6/101	140/4,2/102	139/3,8/101	140/3,6/101	141/4/102	139/3,9/102		
<u>CK-CK mb</u>	748/118 7/4-13hs	2897/394 7/4-19hs	2184/295 7/4-00hs	993/139 8/4	184/65 9/4	120 10/4	106 11/4	87 12/4

CURVA ENZIMÁTICA

