



ATENEO CLINICO

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

**Bono Leandro
07/08/2013**

PACIENTE: A.G. SEXO: Femenino EDAD: 68 años

Fecha de ingreso: 24/01/13 Fecha de alta: 30/01/13

Motivo de consulta:

Dolor precordial.

Enfermedad Actual:

Paciente refiere comenzar hace un mes con dolor precordial ante esfuerzos moderados de 10 minutos de duración que ceden con el reposo. El día de la fecha presenta dolor precordial característico en reposo intensidad 9/10 que no cede motivo por el cual consulta a guardia externa de este hospital. Se constata paciente hipertensa (TA:150/90) y ECG con infradesnivel del ST de V2 a V4. Se inicia infusión de NTG con cese de dolor, se recibe troponina positiva. Pasa a UCO para control y tratamiento.

Antecedentes de enfermedad actual: No refiere.

Antecedentes cardiovasculares: No refiere

Factores de riesgo coronarios:

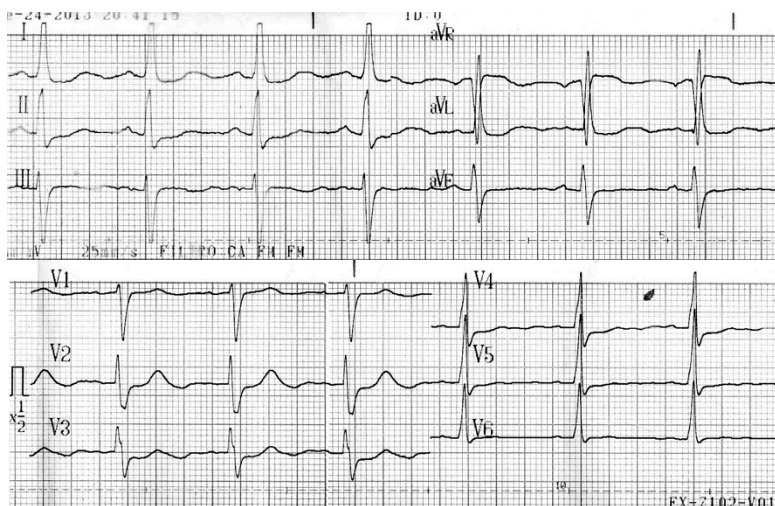
- **Hipertensión arterial:** no tratada.

Antecedentes personales:

- **Refiere estado depresivo de 2 años de evolución.**

Medicación Habitual: No refiere.

ECG DE INGRESO A GUARDIA:



EXAMEN FISICO INGRESO UCO:

TA: 167/87 mmhg

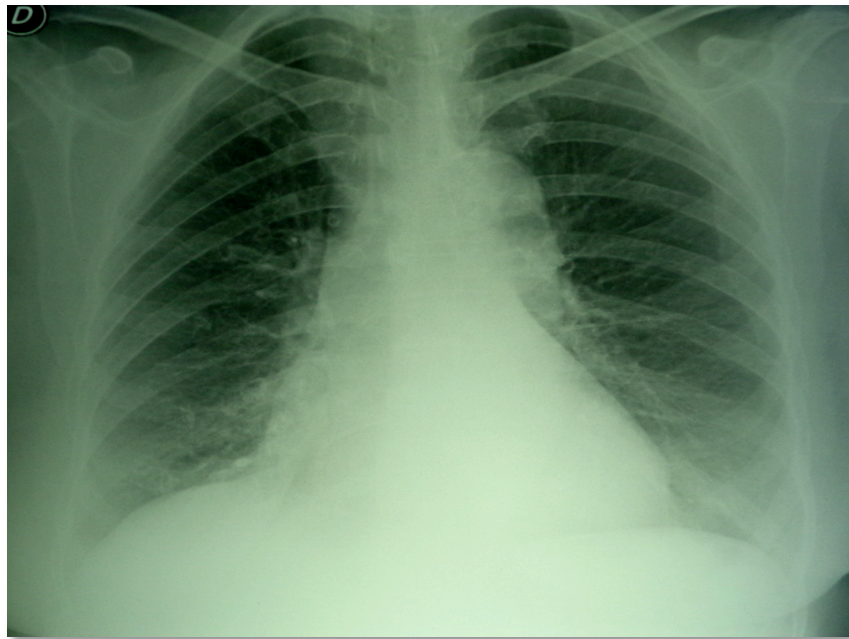
FC: 60 l.p.m.

FR: 12 c.p.m.

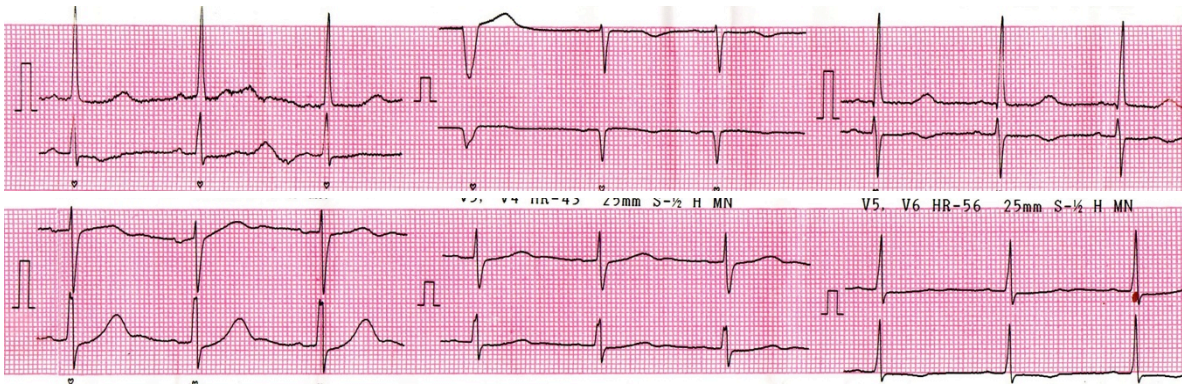
T: 36.2°

- Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente, choque de la punta en 5to EIC LMC. Pulso iguales, simétricos. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, silencios libres.
- Ap Respiratorio:** Eupneico, buena mecánica ventilatoria, hipoventilación general.
- Abdomen:** hernia umbilical, blando, depresible, RHA presentes. Hígado y bazo no palpables.
- Neurológico:** Lucido, sin foco motor ni sensitivo.
- Piel y TCS:** sin alteraciones. sin edemas

RX TORAX:



ELECTROCARDIOGRAMA Ingreso UCO:



EVOLUCIÓN UCO (24/01 AL 25/01)

- Paciente evoluciona hemodinamicamente estable, asintomática para ángor. Es medicada con doble antiagregación, anticoagulación y betabloqueantes
- Se reciben enzimas miocárdicas positivas (CK/MB) por lo que se interpreta el cuadro como IAM no Q tipo infradesnivel del ST.
- Se solicita ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 25/01/13:

DDVI: 5.2cm	DSVI: 3.5cm	FAC: 33%	SIV: 1.1cm	PP: 1.0cm	AI: 4.0cm
--------------------	--------------------	-----------------	-------------------	------------------	------------------

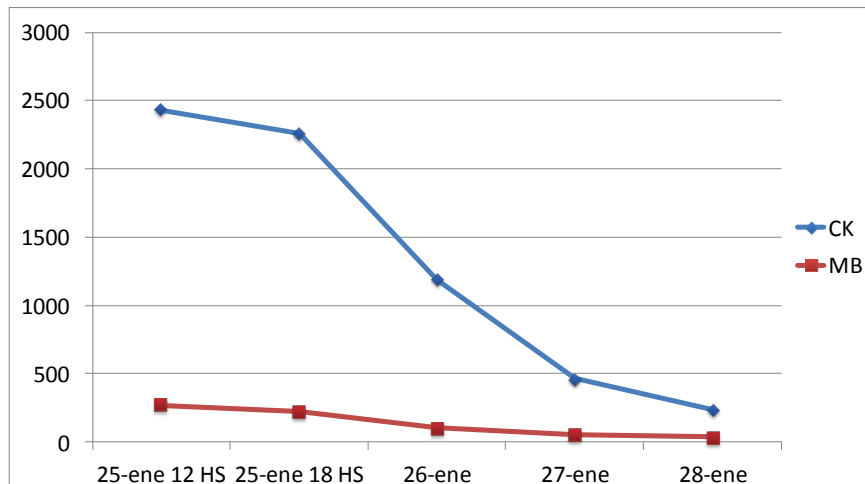
- VI no dilatado con grosor parietal normal.
- Deterioro moderado de la función sistólica.
- Hipocinesia severa inferoposterior y lateral.
- Strain pico sistólico muy disminuido en las paredes anterior, lateral y posterior.
- Patrón de relajación prolongada en VI.
- Aurícula izquierda no dilatada.
- Cavidades derechas normales.
- Válvulas morfológicamente normales. Insuficiencia aortica leve.

- No se observa derrame pericardico.

EVOLUCIÓN UCO 26/01 AL 28/01-EVOLUCIÓN SALA DEL 28/01 AL 30/01

- Paciente evoluciona estable hemodinamicamente, asintomática para ángor o equivalentes.
- Por buena evolución pasa a sala de cardiología donde se progresa medicación.
- Por buena evolución se otorga el alta para seguimiento por consultorios externos.

CURVA DE CK/MB:



MEDICACION AL ALTA:

- ASPIRINA 100 MG/DIA.
- CLOPIDOGREL 75 MG/DIA.
- ATORVASTATINA 20 MG/DIA.
- CARVEDILOL 6.25 MG CADA 12HS VO.
- ENALAPRIL 5 MG CADA 12HS VO.

LABORATORIO:

	24/01	25/01	30/01
Hto	39	37	38
GB	6800	6600	6300
Plaquetas	286000	311000	309000
Glucemia	111	98	82
Urea	12	13	24
Creat	0.54	0.50	0.54
TP/kpH/RIN	87/25/1.1	89/25/1.08	88/30/1.09
Ionograma	137/ 2.98 /96	132/ 3.06 /93	139/ 3.72 /100
Hepatograma		Bt:0.7/BD:0.15 Got:230 /Gpt:37	Bt:0.48/BD:0.16 Got:78 /Gpt:47
Ck/MB		2433/270	
Hb1c	5.98		
Col/Tg/HDL/LDL	168/250/ 28 /102		

EVOLUCION CONSULTORIOS EXTERNOS:

- Paciente acude a nueva consulta el 13/05/13 con SPECT y CCG.
- Refiere presentar astenia y desgano, quien lo relaciona con fallecimiento de marido e hijo hace 2 años.
- Desde el alta hospitalaria presenta **disnea clase funcional variable asociado a opresión en cuello, mareos, cefaleas** de carácter opresivo a nivel frontal e **inestabilidad en la marcha**.
- Relata también presentar **parestesias en miembro superior izquierdo**.

EXAMEN FISICO CONSULTORIOS EXTERNOS:

TA BD: 160/80 mmhg

TA BI: no detectable

FC: 70 l.p.m.

FR: 12 c.p.m.

T: 36.2°

- Ap. Cardiovascular:** Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente, choque de la punta en 5to EIC LMC. Pulso radial y braquial izquierdo ausentes. R1 y R2 en 4 focos hipofonéticos, silencios libres.

- Ap Respiratorio: Eupneico, buena mecánica ventilatoria, hipoventilación general.**
- Abdomen: hernia umbilical, blando, depresible, RHA presentes. Hígado y bazo no palpables.**
- Neurológico: Lucido, sin foco motor ni sensitivo.**
- Piel y TCS: sin alteraciones. sin edemas.**

SPECT REPOSO/DIPIDIRAMOL (18/02/13):

- Imágenes basales:**
 - Leve hipoquinesia global.FEY: 59%.
- Imágenes pos dipiridamol:**
 - Se observa **moderado déficit de captación del radiotrazador inferolateral (medio y basal). Leve defecto anterolateral (medio y basal).**
- No presento cambios en el ECG durante el estudio. Refirió opresión en cuello durante el apremio.

CCG (9/04/13):

- TCI: sin lesiones.**
- Arteria descendente anterior: mediano calibre, *lesiones leves* que comprometen la luz en forma leve a nivel proximal y en tercio medio. Lecho distal es de fino calibre y tortuoso.**
- Arteria circunfleja: mediano calibre, presenta *lesión leve a nivel proximal del ramo latero-ventricular.* Buen lecho distal.**
- Arteria coronaria derecha: dominante, sin lesiones.**

EVOLUCION CONSULTORIOS EXTERNOS:

- Se progresa carvedilol a 12.5 mg cada 12hs por hipertensión arterial.**
- Por déficit de pulso radial se solicita angiotomografía y ETE.**
- El resto de los estudios se mostrarán el día del ateneo.**