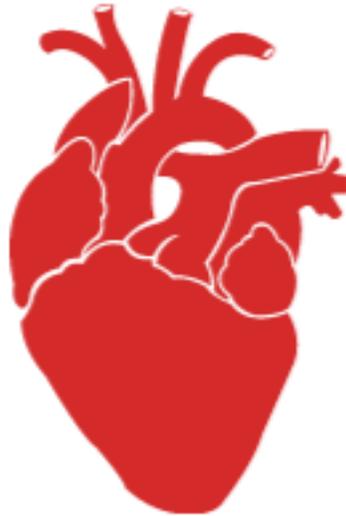


ATENEO CLÍNICO.



Hospital Argerich
Residencia de Cardiología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Agustín Padula

06/04/22

Paciente: M.O.

Edad: 30 años

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 15/12/21

Fecha de egreso: 18/12/21

Días de internación: 3

Motivo de consulta: dolor precordial.

Enfermedad actual: paciente consulta a guardia externa del Hospital Argerich por dolor precordial de carácter opresivo, en reposo, con irradiación a mandíbula y brazo izquierdo asociado a sudoración profusa de 25 minutos de evolución.

El ECG de ingreso evidencia injuria subepicárdica anterolateral e inferior; se interpreta como SCACEST, se indica carga de AAS y clopidogrel e ingresa a hemodinamia para cinecoronariografía de urgencia.

Se constata lesión suboclusiva en tercio proximal de arteria descendente anterior por lo que se realiza angioplastía primaria con implante de un stent liberador de drogas a dicho vaso. Ingres a UCO luego del procedimiento para control evolutivo.

ANTECEDENTES

[?] Factores de riesgo cardiovascular:

- Tabaquismo (20 paquetes/año).
- Sobrepeso (IMC = 28 kg/m²).
- Sedentarismo.
- Sin antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

[?] Antecedentes de enfermedad actual:

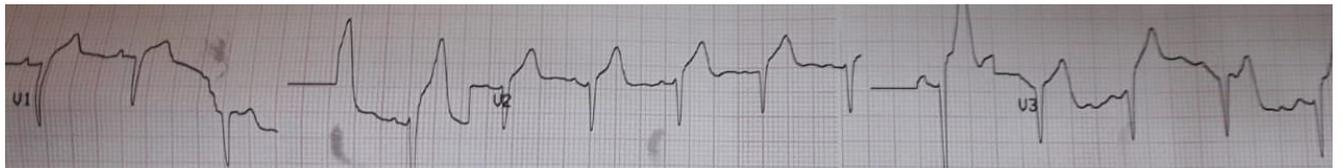
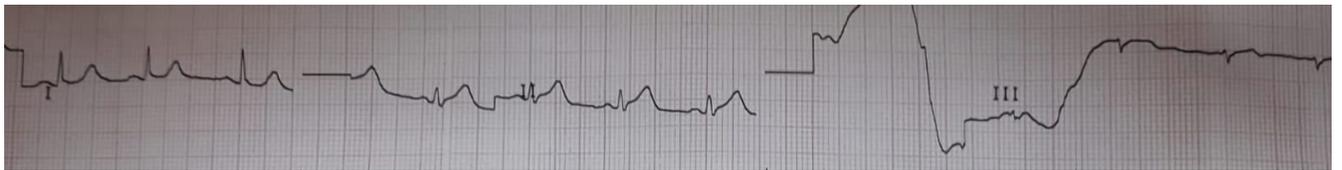
- Niega consumo de drogas.

[?] Otros antecedentes:

- Infección leve por COVID (año 2020).

- Vacunación covid: 2 dosis de Sinopharm (última dosis en agosto 2021).

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO



CINECORONARIOGRAFÍA 15/12/21

Tronco: sin lesiones angiográficamente significativas.

Arteria descendente anterior: de buen calibre y desarrollo. **Presenta lesión suboclusiva en la unión de tercio proximal y medio** que involucra el nacimiento de un ramo diagonal de buen calibre.

Arteria circunfleja: de buen calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas. Da origen a ramo lateroventricular de buen calibre y desarrollo sin lesiones angiográficamente significativas.

Arteria coronaria derecha: dominante, de buen calibre y desarrollo. **Presenta una lesión en el límite de la normalidad a nivel proximal.**

VTG: Hipoquinesia leve anteriomedial y anteroapical. Deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo.

Conclusiones:

Enfermedad ateromatosa coronaria significativa de dos vasos (arteria descendente anterior y coronaria derecha).

Deterioro leve de la función sistólica ventricular izquierda.

Angioplastia primaria exitosa con stent liberador de drogas en arteria descendente anterior.



CINECORONARIOGRAFÍA 15/12/2022 - TIEMPOS

TIEMPOS	
Hora de inicio del dolor	13:15 hs
Hora de llegada al hospital	13:40 hs
Primer contacto médico	13:50 hs
Hora 1° ECG	13:55 hs
Hora llamada a hemodinamia	14:20 hs
Hora inicio CCG	15:03 hs
Hora cuerda pasada	15:11 hs
Hora balón/aspirador	15:13 hs
Hora TIMI final	15:23 hs

Tiempo dolor - consulta	25 minutos
Tiempo ventana	118 minutos
Tiempo puerta - balón	93 minutos

SALA OCUPADA



INGRESO A UCO

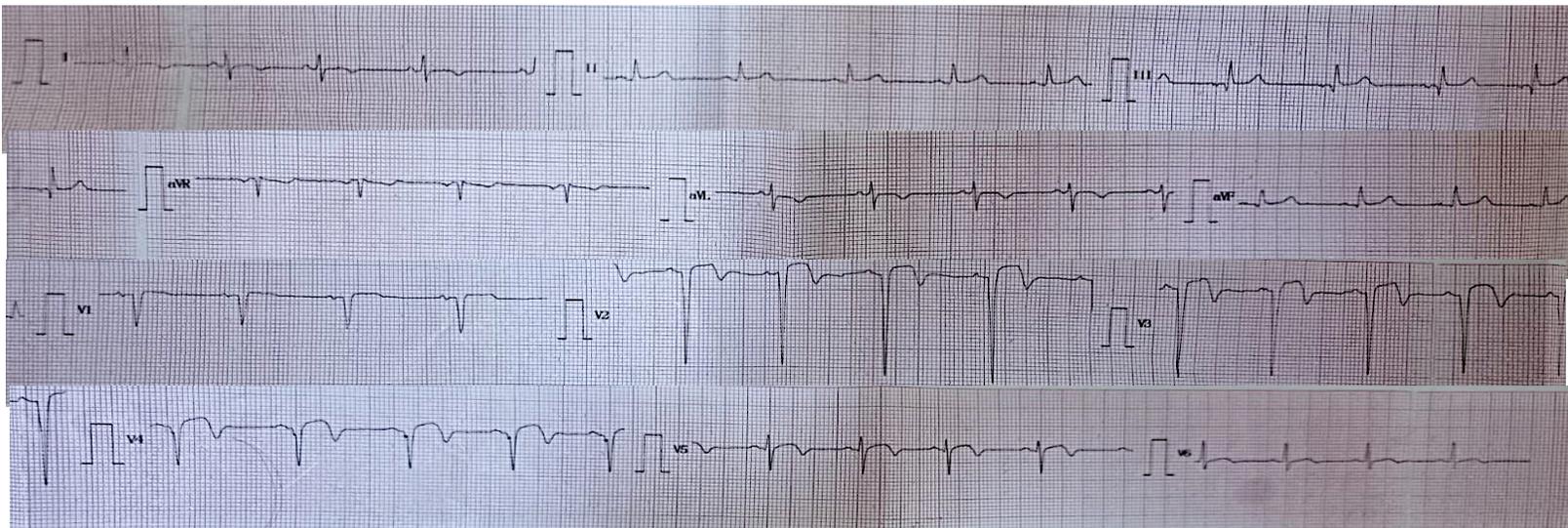
15/12/21

EXÁMEN FÍSICO INGRESO A UCO

15/12/21

TA	FC	FR	T°	Saturación	Peso	Talla	IMC
150/85 mmhg	74 lpm	16 cpm	36 °C	98% (0.21)	82 kg	1.70 mts	28 kg/m2

- ❖ Aparato cardiovascular: buena perfusión periférica, pulsos regulares y simétricos. Sin ingurgitación yugular ni reflujo. R1-R2 en 4 focos, silencios libres.
- ❖ Aparato respiratorio: mecánica ventilatoria sincrónica, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- ❖ Abdomen: blando, depresible, indoloro, con ruidos hidroaéreos conservados.
- ❖ Neurológico: lúcido, sin signos de foco motor ni sensitivo.
- ❖ Otros: punción radial derecha.



EVOLUCIÓN EN UCO (15/12/21 AL 17/12/21)

Evoluciona sin signos de insuficiencia cardíaca ni recurrencia anginosa. Presenta registros de hipertensión arterial con buena respuesta a los antihipertensivos via oral.

Se optimiza tratamiento médico y se decide su pase a Sala de Cardiología para control evolutivo.

EVOLUCIÓN EN SALA DE CARDIOLOGÍA (17/12/21 AL 18/12/21)

Se realiza ecocardiograma transtorácico de control.

Presenta contacto estrecho con caso confirmado de covid-19 y por buena evolución clínica se otorga alta hospitalaria para continuar aislamiento domiciliario y eventual revascularización completa en forma ambulatoria.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 18/12/21

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	F. Ac (%)	AI (cm ²)	AD (cm ²)
Normal	5.7	3.9	1.0	1.1	32	18	14

Ventrículo izquierdo con diámetro conservado con grosor parietal normal.

Deterioro leve de a función sistólica, FEy 48%. Hipoquinesia apical.

Aurícula izquierda no dilatada. Patrón de llenado del ventrículo izquierdo de tipo normal.

Cavidades derechas no dilatadas. Función sistólica del ventrículo derecho conservada (TAPSE 22 mm, Onda S´ 11.8 cm/seg). Aurícula derecha no dilatada.

Válvulas morfológicamente normales sin insuficiencias. Insuficiencia tricúspidea mínima que no permite estimar PSAP. No se observan signos indirectos de hipertensión pulmonar.

Vena cava inferior no dilatada con colapso normal. Sin derrame pericárdico.

LABORATORIOS

TRATAMIENTO AL ALTA HOSPITALARIA

- ❖ Aspirina 100 mg por día.
- ❖ Prasugrel 10 mg por día.
- ❖ Atorvastatina 80 mg por día.
- ❖ Bisoprolol 5 mg por día.
- ❖ Enalapril 5 mg cada 12 hs.
- ❖ Omeprazol 20 mg por día.