

## Casos Clínicos

### Caso 1

AP: 45 años, diabético tipo 1 (insulina NPH 40 UI sc/día), fumador de 1 caja al día

EA: 60 min. de dolor retroesternal intenso, irradiado a cuello, sudoración profusa y disnea

EX: lúcido, FR 28 pm, dolorido, sudoroso, con palidez cutánea y frialdad periférica. Ritmo regular de 100 cpm. R3, no soplos. PA 80/50. Crepitantes bilaterales en ½ inferior.

ECG



a) **¿Cuál es el diagnóstico?**

- 1) Angor inestable de alto riesgo con elevación de ST
- 2) IAM no Q de cara anterior
- 3) IAM con elevación de ST ánterolateral en etapa hiperaguda
- 4) IAM KK II

b) **Medidas terapéuticas iniciales**

- 1) Se indica O<sub>2</sub> máscara flujo libre 6 litros/min y ácido acetil salicílico 325 mg v/o
- 2) Se debe administrar dinitrato de isosorbide 5 mg s/l
- 3) Se debe administrar morfina 3mg diluídos i/v
- 4) Si se mantiene hipotenso luego de la analgesia se debe iniciar goteo de dopamina

c) **Reperusión y otras medidas.**

- 1) Si es posible lograr una ATC primaria en menos de 90 minutos, se debería trasladar rápidamente a un centro de hemodinamia para realizarla
- 2) Los fibrinolíticos no tienen indicación en este paciente, independientemente del tiempo de acceso a la hemodinamia, dada la extensión del infarto
- 3) El balón de contrapulsación aórtica puede ser una opción terapéutica en este paciente
- 4) Si se logra una reperusión exitosa no debería administrarse heparina

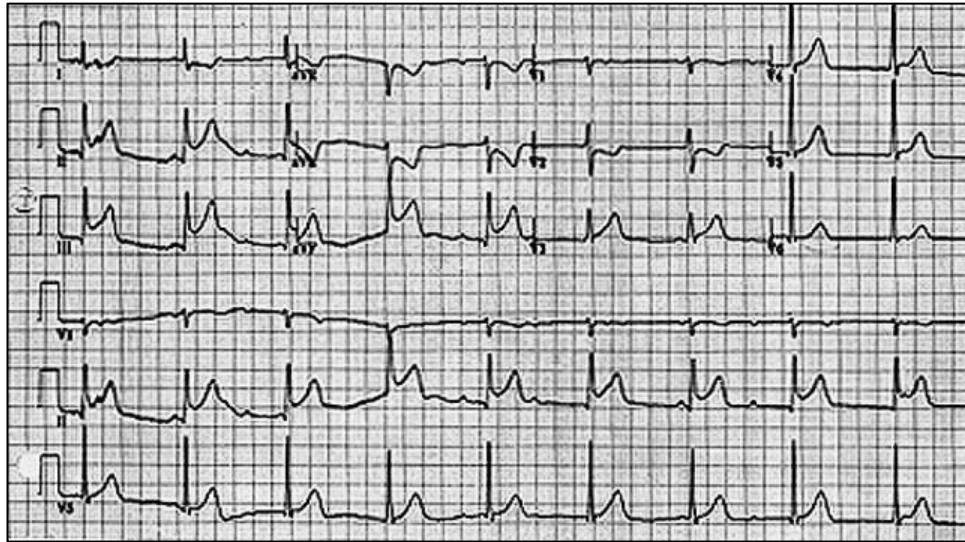
## Caso 2

AP: 71 años, HTA, dislipémica. Desde hace 2 meses angor de esfuerzo, progresivo

EA: hace 3 horas angor intenso de 30 minutos, sudoración, mareos y visión borrosa

EX: lúcida, eupneica, disconfort torácico. PyM normocoloreadas. PA 150/90 mmHg. Ritmo regular de 55 cpm, latidos de intensidad variable. No IY, RHY ni estertores

ECG:



a) **¿Cuál es el diagnóstico?**

- 1) Angor inestable con injuria subendocárdica de cara ánteroseptal
- 2) IAM inferior con bloqueo AV de 2º grado Mobitz 1
- 3) IAM KK I
- 4) Disección aórtica con compromiso del ostium de la coronaria derecha

b) **Manejo farmacológico y no farmacológico en la emergencia**

- 1) Colocación de MP transitorio endocavitario a la brevedad
- 2) Ácido acetil salicílico 250 mg v/o y dinitrato de isosorbide 5 mg sublingual
- 3) Administración de atropina iv y bromazepan 3 mg v/o
- 4) Administración de betabloqueantes i/v

c) **Cuál es la terapia de reperfusión ideal y la oportunidad.**

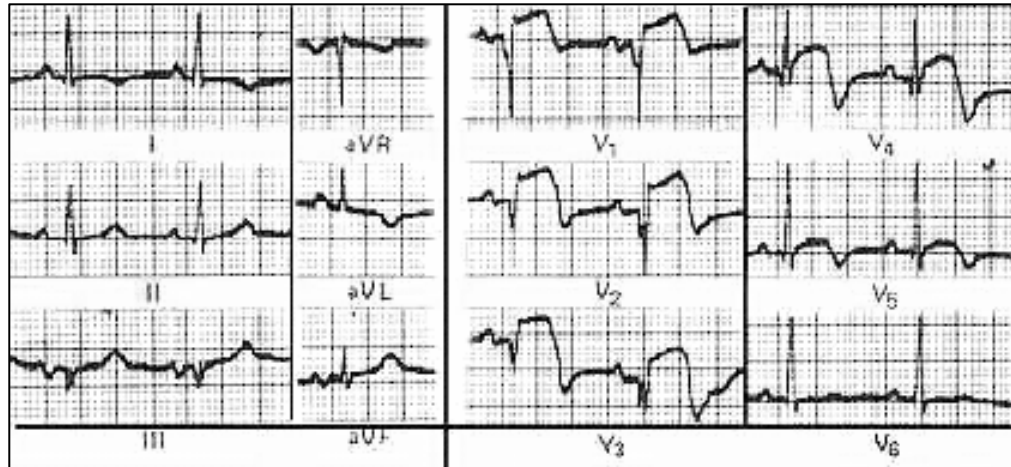
- 1) Fibrinolíticos a la brevedad
- 2) Si el tiempo a acceder a la ATC es menor de 90 min, ATC primaria
- 3) De usar fibrinolíticos, el ideal es la estreptoquinasa
- 4) Hay contraindicación absoluta de fibrinolíticos antes de la ATC primaria

### Caso 3

AP: 63 años, fumadora, residente en Minas de Corrales

EA: llega a Rivera a las 2 horas del inicio de IAM, calmando el dolor con nitritos y morfina. CK-MB 87. Se decide traslado para ATC primaria a Montevideo. A las 12 horas de iniciado el dolor se dilató con éxito oclusión de 1/3 medio de DA

ECG:



a) **En cuanto a la reperfusión es correcto:**

- 1) Las medidas tomadas fueron las ideales
- 2) Debería haberse realizado fibrinolíticos en el lugar, en forma lo más precoz posible
- 3) Si el acceso a ATC hubiera sido <3 horas, ésta hubiera sido la opción ideal
- 4) Una vez realizados los fibrinolíticos, una ATC ulterior dentro del evento agudo coronario queda descartada
- 5) La presencia de onda Q implica daño miocárdico irreversible y hace inútil el intento de reperfusión

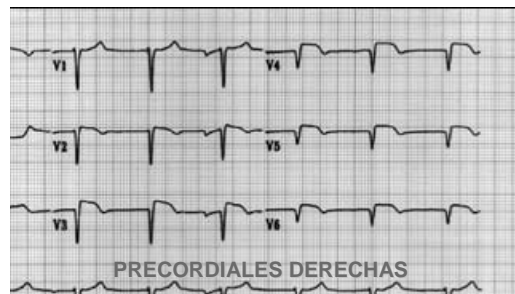
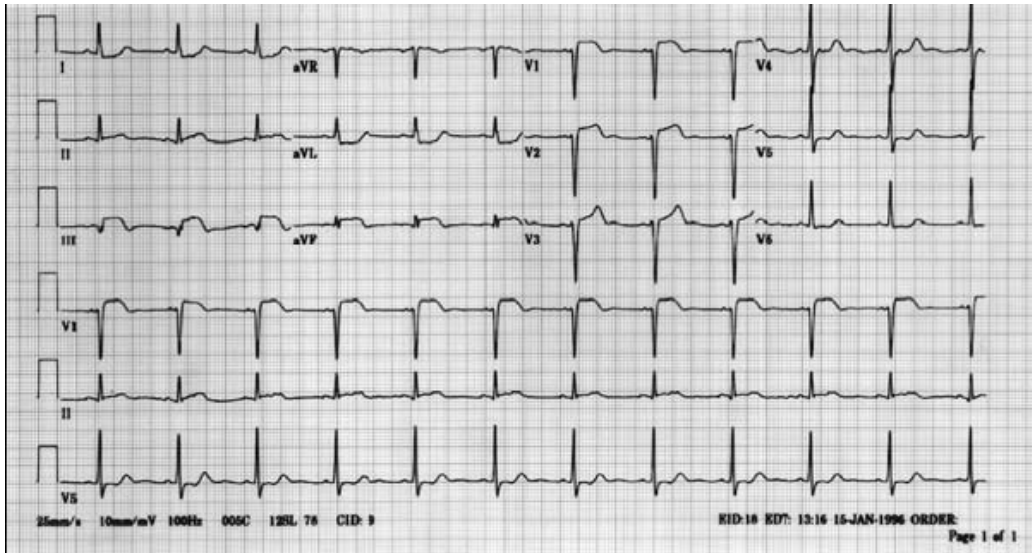
**Caso 4**

AP: 50 años, fumador, estresado

EA: dolor retroesternal de reposo de 2 horas de evolución, mareos

EX: quejoso, sudoroso, PA 80/50 mmHg. RR de 80 cpm. No soplo, no R3. IY y RHY, no estertores

ECG



a) ¿Cuál es el diagnóstico?

- 1) IAM ánteroseptal
- 2) IAM de cara inferior con extensión a ventrículo derecho
- 3) Angor inestable en portador de aneurisma de VI
- 4) Hay que esperar las enzimas cardíacas para definir un diagnóstico.

b) **Conducta terapéutica. Manejo de fármacos**

- 1) Betabloqueantes I/V
- 2) Atropina IV
- 3) Ácido acetil salicílico y nitratos.
- 4) Volumen con cautela y eventualmente inotrópicos.

c) **El paciente tuvo acceso rápido a CACG y se constató oclusión proximal de CD y lesión del 80% de DA proximal, usted indica**

- 1) ATC primaria de ambas arterias
- 2) ATC primaria de la lesión de DA
- 3) ATC primaria de la arteria responsable que es la coronaria derecha
- 4) No actuar en el momento y realizar una ATC de la lesión de DA en un nuevo cateterismo diferido