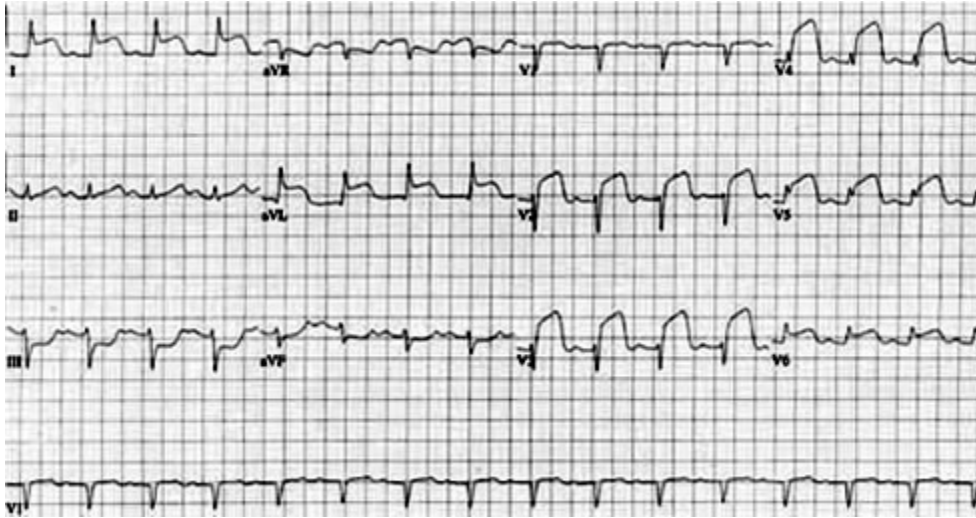


Casos Clínicos

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. Ritmo regular de 100 cpm. R3, no soplos.
PA 100/50. 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 O₂ 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 3 mg diluídos i/v
- 4) 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) Estamos en la "hora de oro" y los fibrinolíticos tienen resultados similares a la ATC primaria, respecto a lograr reperusión.
- 4) Si se logra una reperusión exitosa no debería administrarse heparina.

Casos Clínicos

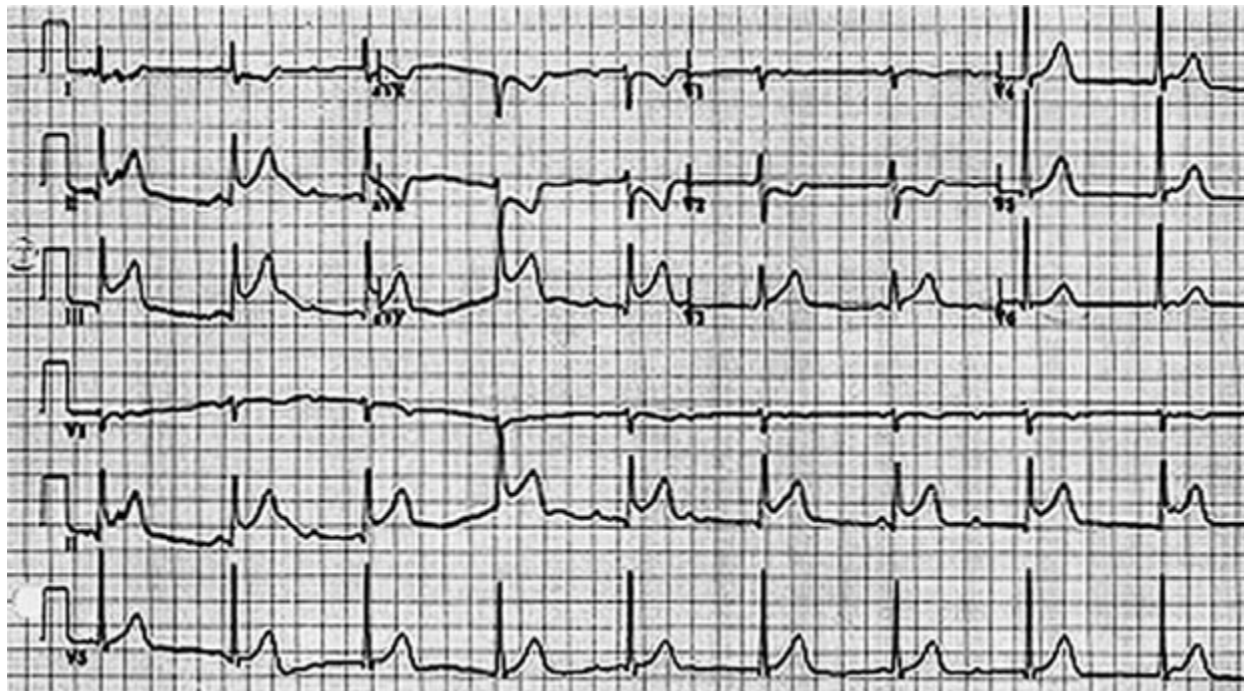
Caso 2

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. P y M 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 i/v, de rutina.
- 4) La administración de meperidina i/v es el analgésico de elección en esta situación.

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

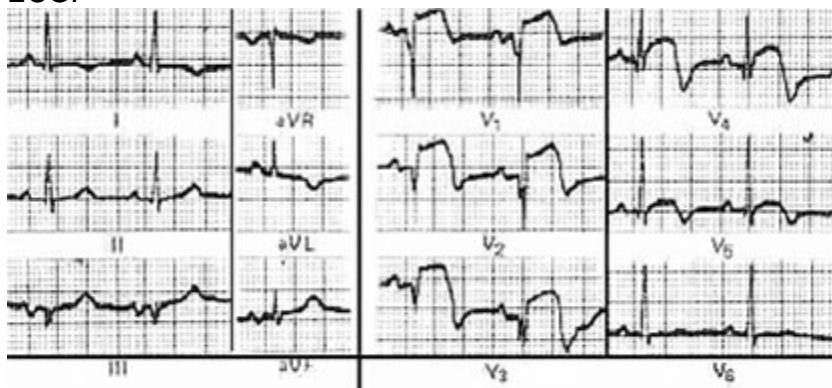
Casos Clínicos

Caso 3

AP: 63 años, fumador, residente en zona rural de Tres Esquinas.

EA: Consulta en un servicio Médico de Salud Pública de su Localidad, aproximadamente luego de 1 hora de evolución del dolor. Allí se sospecha un evento coronario agudo por lo que se coordina el traslado al centro más cercano, en la ciudad de Rosario, evaluado con EGC a las 2 horas y media de iniciado el dolor, se confirma IAM y se medica con AAS, nitritos y morfina. El dolor calma y el paciente queda sin disnea y sin falla hemodinámica. Se realiza dosificación de CPK total de 200 y CPK MB de 25. Se decide traslado para ATC primaria a Montevideo. A las 8 horas de iniciado el dolor se dilata 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
- 6) Lograda la analgesia con nitritos y morfina, ya no tiene indicación la terapia de reperfusión.

Casos Clínicos

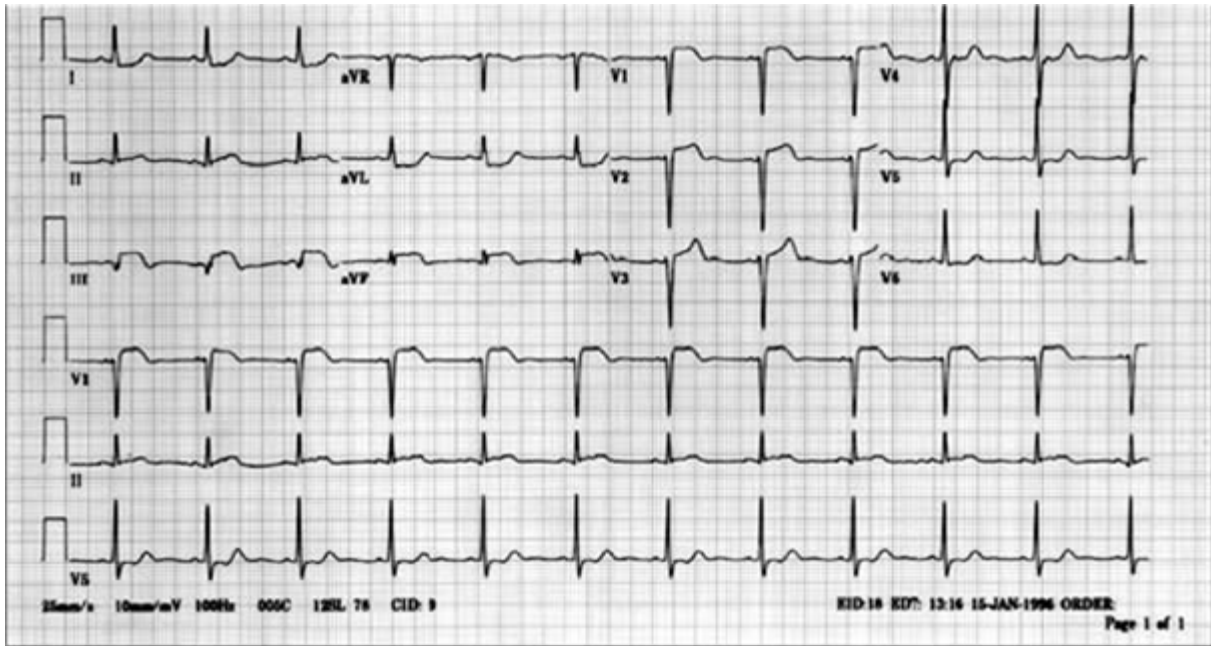
Caso 4

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. Presenta IY y RHY, no estertores.

ECG:



PRECORDIALES DERECHAS

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.
- 5) IAM inferior y anteroseptal.

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