

CASOS CLÍNICOS

HISTORIA 1

Paciente de 68 años, fumador, hipertenso no controlado. Presenta episodio de angor típico prolongado de reposo. Consulta a las 6 horas por persistir con disconfort torácico y disnea. Se realiza ECG que muestra imagen de IAM anterior. Al examen se objetiva edema pulmonar de tercio inferior bilateral.

Es enviado a sala de hemodinamia para realización de ATC primaria. LA CACG muestra oclusión de Descendente Anterior a nivel de unión de tercio proximal y medio, con imagen de trombo endoluminal. Sin otras lesiones significativas. Se realiza Angioplastia de DA con implante de stent, con buen resultado final.

Se interna en Unidad de cuidados coronarios. A las 12 horas de realizada la angioplastia el paciente instala bruscamente pérdida de conocimiento, respiración estertorosa y al monitor se observa Fibrilación ventricular. Se realiza CVE con 200 J. Sale con ritmo sinusal, escasas extraístoles, se observa nuevo supradesnivel de ST anterior. Se traslada a Sala de Hemodinamia, se objetiva reoclusión de DA y se realiza nueva angioplastia, quedando con flujo TIMI 2.

Pregunta 1

Tratamiento antiarrítmico luego de CVE previo a la realización de la ATC

- a) Amiodarona 300 mg i/v
- b) Lidocaina 100 mg i/v
- c) Metoprolol 15 mg i/v
- d) Diltiazem 15 mg i/v
- e) No requiere antiarrítmicos

Pregunta 2

Tratamiento antiarrítmico luego de la ATC con resultado subóptimo

- a) Perfusión de amiodarona por 48 horas.
- b) Perfusión de lidocaína por 48 horas
- c) Balón de contrapulsación por 24 a 48 horas
- d) No requiere drogas antiarrítmicas

Buena evolución posterior. Se realiza Ecocardiograma al 7° día que muestra hipoquinesia severa anterior, FEVI estimada 35%. ECG: ritmo sinusal de 50 pm, conducción AV normal, secuela anterior.

Pregunta 3

El tratamiento al alta para prevención de muerte súbita debe incluir

- a) Amiodarona
- b) Betabloqueantes
- c) Amiodarona y ajustar dosis de betabloqueantes según la frecuencia cardíaca.
- d) Si tiene insuficiencia cardíaca clínica amiodarona, y si no tiene, betabloqueantes.
- e) Flecaínida

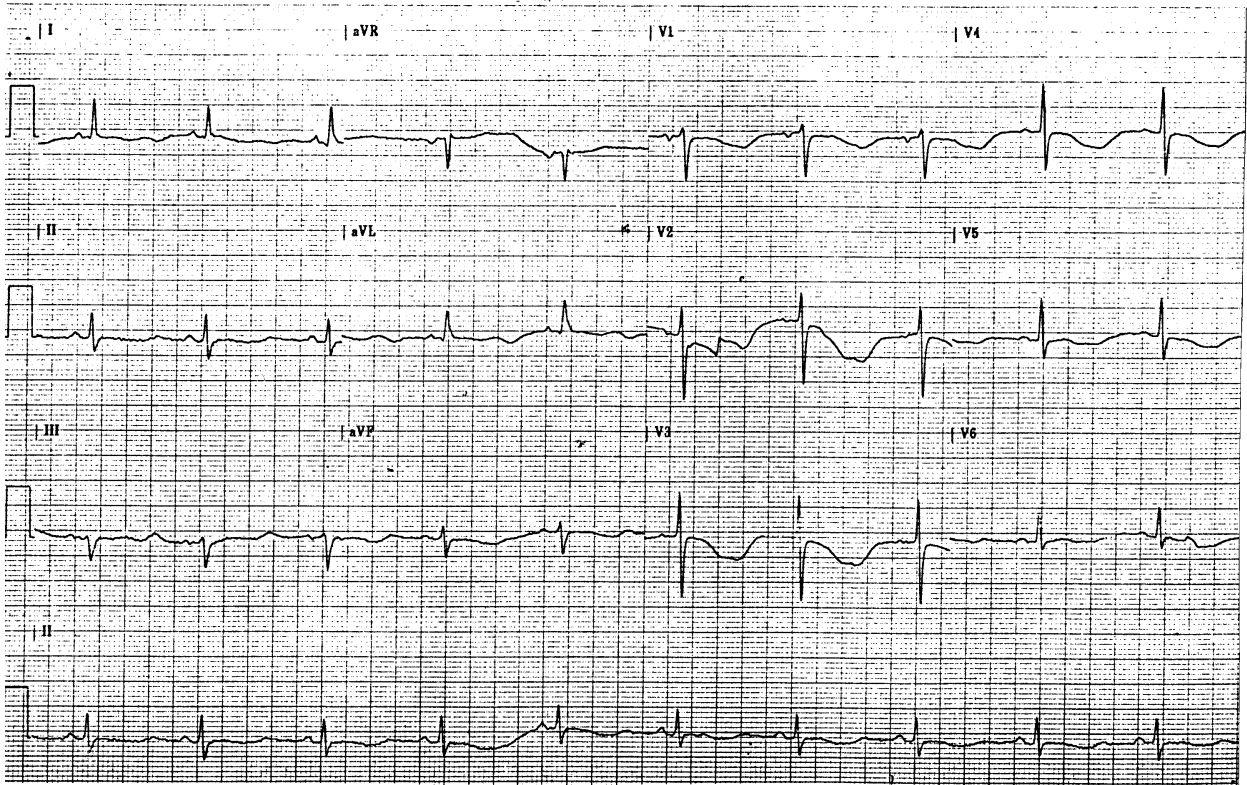
Pregunta 4

Respecto a la indicación de CDI

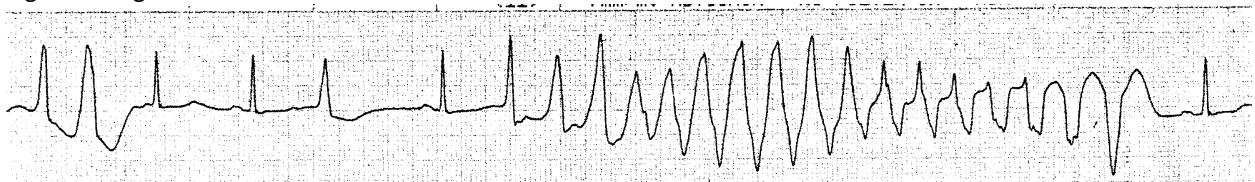
- a) Tiene indicación clase 1. Es prevención secundaria
- b) Tiene indicación si tiene síncope o TV en holter, bajo antiarrítmicos.
- c) Tiene indicación si se demuestra TVNS en holter.
- d) Dependerá de la FEVI a los 90 días.
- e) Se debe realizar EEF para definir indicación.

HISTORIA 2

Paciente de 76 años con deterioro cognitivo leve medicada con citalopram. Hipertensa tratada con hidroclorotiazida. Cursando cuadro de infección respiratoria medicado con claritromicina. Presenta historia de dolor torácico acompañado de mareos y episodios presincoales. Consulta emergencia se realiza ECG.



A la hora del ingreso la paciente presenta episodio de pérdida de conocimiento con movimientos anormales. Se registra el siguiente trazado en el monitor.



Pregunta 5
Diagnóstico

- a) Isquemia subendocárdica inferolateral. TV polimorfa isquémica
- b) QT largo. Torsade de pointes.
- c) ECG normal. Convulsión

Pregunta 6
Conducta en agudo

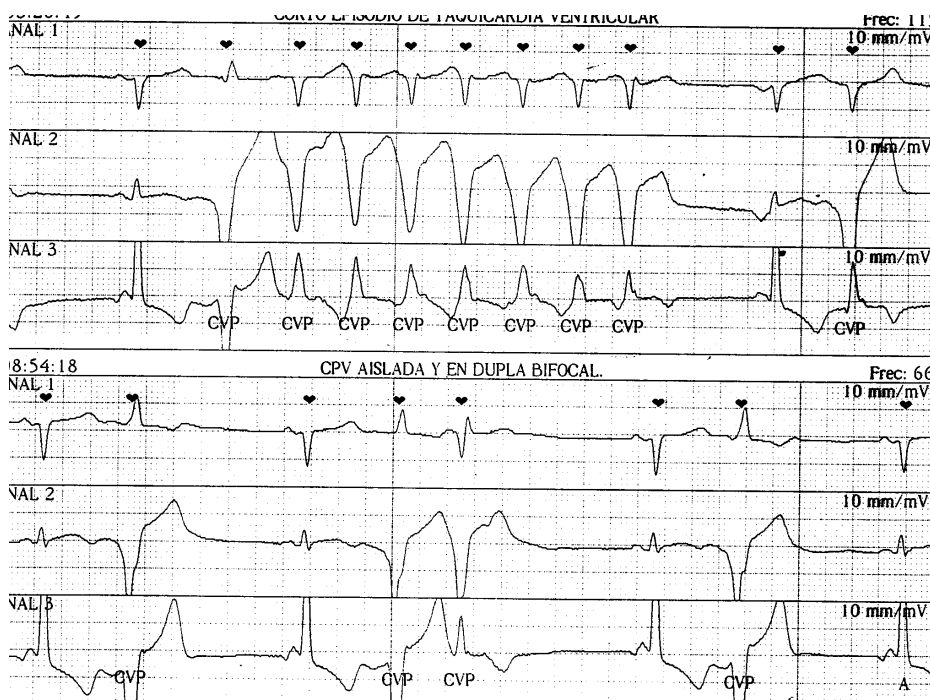
- a) CACG de urgencia
- b) Colocación de marcapaso transitorio
- c) Colocación de marcapaso transitorio y Sulfato de Magnesio i/v
- d) Marcapaso transitorio, sulfato de Magnesio i/v y amiodarona i/v
- e) Betabloqueantes i/v

Pregunta 7**Conducta definitiva**

- a) Marcapaso definitivo y amiodarona
- b) Betabloqueantes v/o
- c) Explicación de medicaciones contraindicadas
- d) Implante de cardiodesfibrilador

HISTORIA 3

Paciente de 68 años, ex fumador, hipertenso, dislipémico. Historia de infarto posteroinferior hace 10 años no reperfundido. Cirugía de revascularización miocárdica con revascularización completa 4 meses luego del infarto. A los 3 meses post revascularización FEVI 40%
 Control médico regular. Medicado con estatinas, bisoprolol, IECA, AAS y diuréticos. Sin historia de angor luego de la cirugía. Historia de disnea CF 2. Refiere palpitaciones esporádicas.
 Se solicita PEG, Ecocardiograma y holter.
 PEG bajo betabloqueantes insuficiente, sin angor ni ST. 5 mets. Test presor normal
 Ecocardiograma: DDVI 58mm. Aquinesia septal inferior, hipoquinesia posterior y lateral. FEVI 38%. Sin cambios respecto de estudio realizado 2 años antes.
 Holter: se adjunta trazado



Pregunta 8

Respecto al riesgo de muerte súbita

- Es alto por tener episodios de TVNS y cicatriz de infarto
- Es bajo porque no tiene historia de síncope y ya transcurrieron 10 años de su infarto.
- Es bajo porque tiene FEVI mayor a 30 %.
- Depende de la respuesta al tratamiento con antiarrítmicos
- Depende de la presencia de isquemia

Pregunta 9

Estudios a solicitar para completar estratificación de riesgo de muerte súbita

- Centellograma de perfusión con dipiridamol
- Coronariografía
- Estudio electrofisiológico
- Ergometría con suspensión de betabloqueantes
- Nuevo Holter

Pregunta 10**Tratamiento medicamentoso**

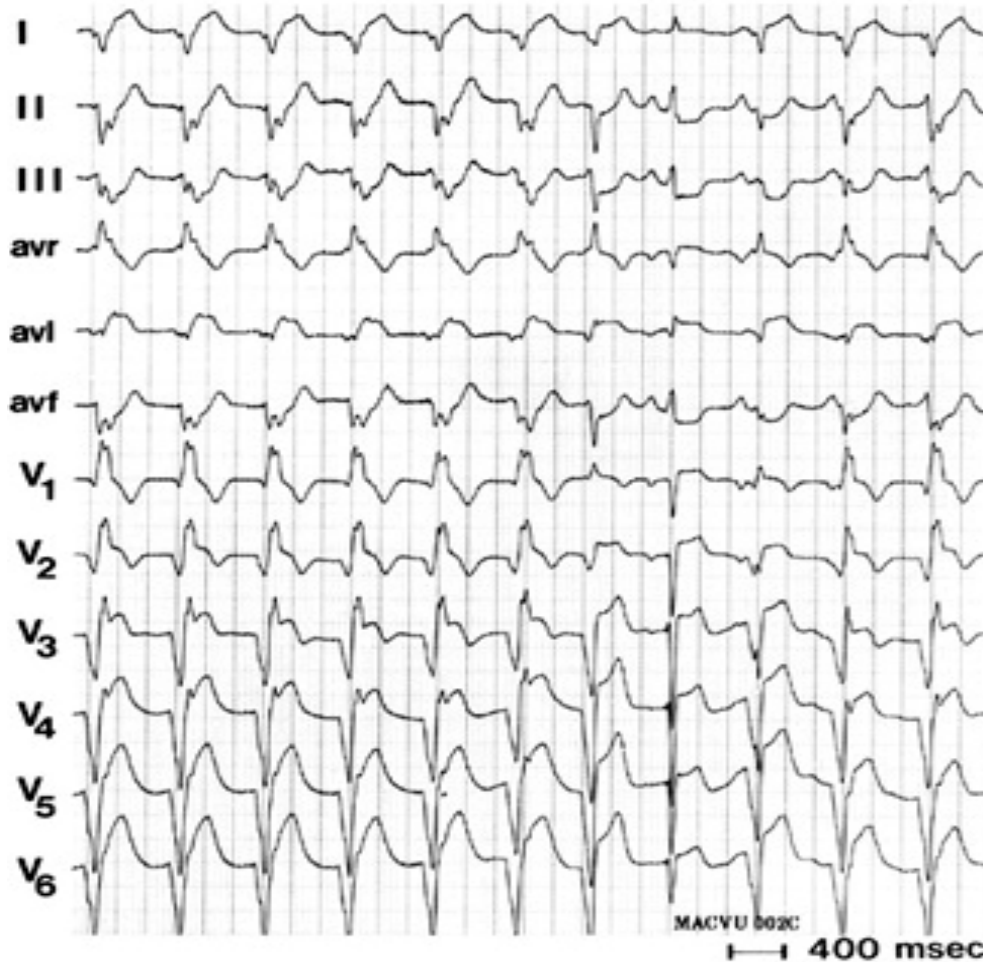
- a) Agrego amiodarona
- b) Cambio bisoprolol por sotalol
- c) Cambio bisoprolol por amiodarona
- d) Agrego flecainida
- e) Cambio bisoprolol por diltiazem

Pregunta 11**Respecto a la indicación de implante de Cardiodesfibrilador**

- a) Tiene indicación clase 1.
- b) No tiene indicación.
- c) La indicación depende de los hallazgos del Estudio electrofisiológico
- d) Tiene indicación si los antiarrítmicos no controlan los episodios de TVNS.
- e) No tiene indicación si se puede realizar ATC de algún vaso.

HISTORIA 4

Paciente de 49 años portador de miocardiopatía dilatada. CACG hace 5 años sin lesiones coronarias. Historia de disnea CF 3. Ecocardiograma muestra VI dilatado con diámetro diastólico de 60 mm. FEVI 28%. Medicado con carvedilol, ramipril, espironolactona, digoxina, hidroclorotiazida. En el día de hoy refiere mareos y palpitaciones por lo que consulta en emergencia. Ingresa paciente lúcido, bien perfundido. PA 110/60. Se realiza el siguiente ECG:



Pregunta 12

Diagnóstico

- Flutter con conducción AV con BRD
- Bien tolerada, probablemente no sea Taquicardia Ventricular
- Se debe realizar adenosina para definir diagnóstico
- Taquicardia ventricular.
- Taquicardia auriculoventricular antidrómica (conducción anterógrada por vía accesoria)

Pregunta 13

Manejo inicial

- Metoprolol 15 mg i/v
- CVE sincronizada
- Amiodarona 300 mg i/v
- Lidocaina 100 mg i/v
- Diltiazem 25 mg i/v

Pregunta 14**Paraclínica a solicitar en agudo**

- a) CPK y troponinas
- b) Coronariografía
- c) Ionograma
- d) ECG seriado

Pregunta 15**Estratificación de riesgo de muerte súbita**

- a) Bajo, ya que presenta una TV sin repercusión hemodinámica
- b) Depende de los hallazgos de un estudio electrofisiológico
- c) Alto ya que presenta una arritmia ventricular sostenida
- d) Alto por tener una FEVI menor a 30%
- e) Depende de la respuesta a los antiarrítmicos

Pregunta 16**Respecto a la indicación de Cardiodesfibrilador**

- a) Depende de la inducibilidad de TV en estudio electrofisiológico.
- b) Tiene indicación si recurre la arritmia bajo tratamiento antiarrítmico
- c) Depende de la inducibilidad de TV en estudio electrofisiológico bajo amiodarona.
- d) Tiene indicación independientemente de la FEVI
- e) Tiene indicación ya que tiene TV y FEVI menor a 30%

HISTORIA 5

Paciente de 39 años, fumador. Niega otros antecedentes. No toma ninguna medicación.

Mientras está trabajando (tareas administrativas) sufre episodio de pérdida de conocimiento. Se inicia soporte vital básico y se llama servicio de emergencia. Al llegar paciente en Fibrilación Ventricular. Se realiza CVE con 200 J inefectiva. Segundo choque 360 j saliendo con ritmo sinusal. Retoma hemodinamia aceptable en minutos.

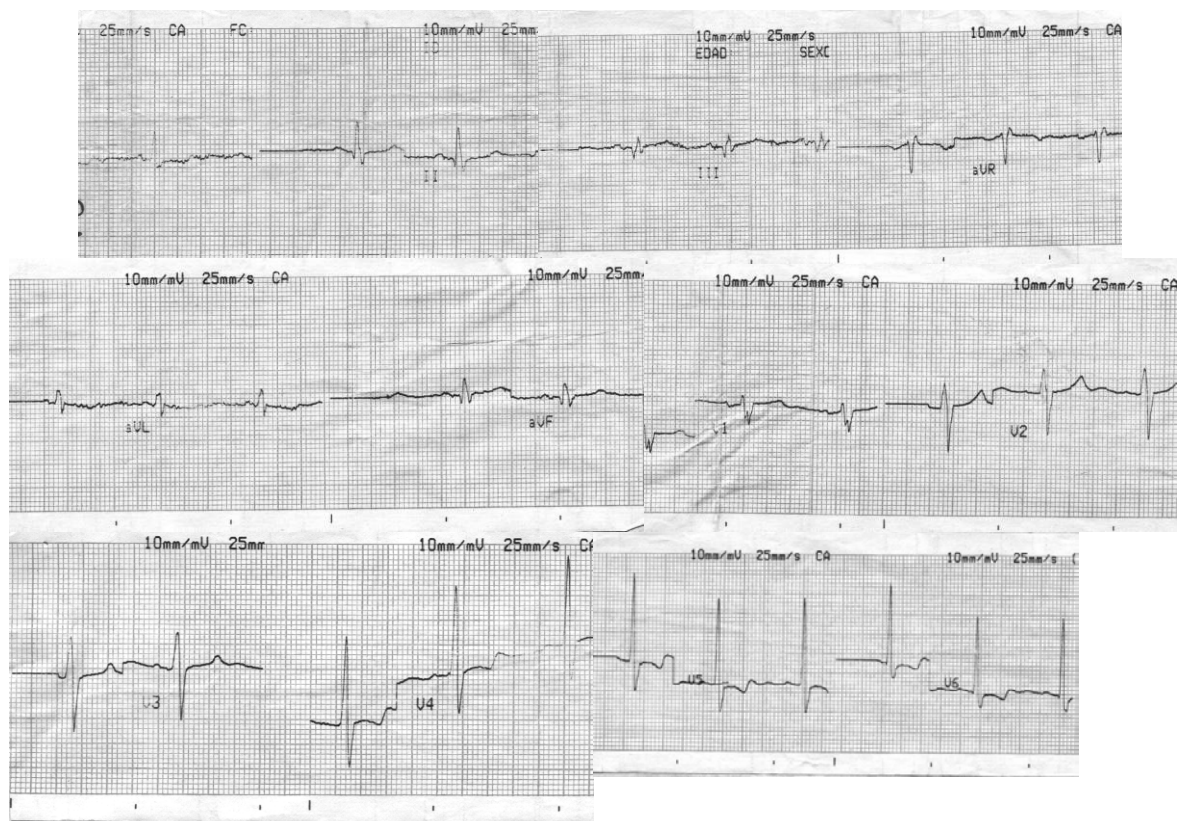
Usted recibe al paciente en puerta de emergencia

Pregunta 17

Respecto a la indicación de Coronariografía

- Debe realizarse de inmediato sistemáticamente si el paciente esta lucido
- Debe realizarse solo si tiene disfunción sistólica
- Debe realizarse solo si tiene ST elevado post reanimación
- Si no tiene ST elevado o disfunción sistólica; solo está indicada si el EEF es normal

Se realiza ECG post reanimación



Se realiza coronariografía que muestra ausencia de lesiones significativas.

Pregunta 18

Respecto de los estudios posteriores

- Se debe realizar Estudio Electrofisiológico para descartar vía accesoria
- Se debe realizar Estudio Electrofisiológico para estratificar muerte súbita
- Debe realizarse test de flecainida
- El hallazgo relevante del ecocardiograma es la función sistólica
- Se debe realizar estudio genético

Pregunta 19**Respecto a la indicación de cardiodesfibrilador**

- a) Tiene indicación si se induce FV en EEF
- b) Tiene indicación si bajo tratamiento antiarrítmico se induce FV en EEF
- c) Tiene indicación si se demuestra alguna canalopatía
- d) Tiene indicación aún si no encontramos la causa de su FV
- e) Tiene indicación sin necesidad de estudio electrofisiológico