

Ateneo Clínico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Residencia de Cardiología

Saint André, Gastón

7/12/22

Paciente: A.G.	Sexo: Femenino	Edad: 49 años
Fecha ingreso: 12/10/22	Fecha de egreso: 18/10/22	Días de internación: 7

Antecedentes:

- Factores de riesgo cardiovascular: obesidad grado I y ex tabaquista.
- Medicación habitual: no presenta.

Enfermedad actual:

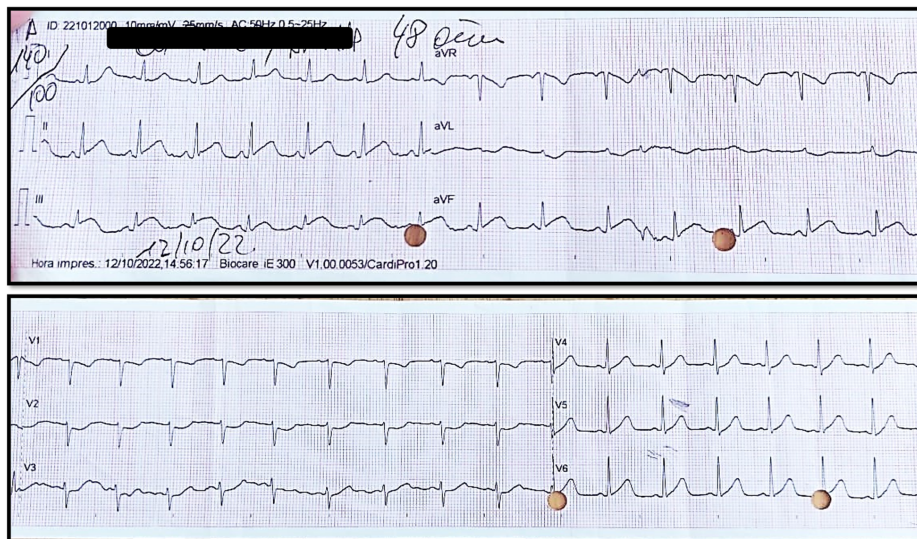
Paciente comienza a las 12hs, en contexto de estrés emocional, con dolor precordial característico de intensidad 9/10 asociado a náuseas y vómitos motivo por el cual consulta al hospital Ramos Mejía.

Ingresa 14:30hs, hemodinámicamente estable con persistencia de la sintomatología.

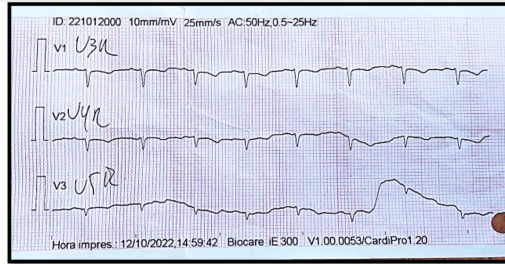
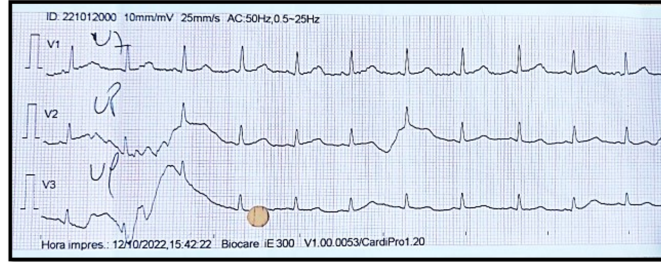
Se realiza ECG a las 14:56hs.



ECG ingreso H. Ramos Mejía



ECG ingreso H. Ramos Mejía



Hospital Geriatrio
Instituto de Cardiología

Evolución H. Ramos Mejía

Se interpreta cuadro como **síndrome coronario agudo con elevación del segmento "ST"**, se realiza carga con **aspirina-clopidogrel** y se deriva a nuestra institución para realización de **cine-coronariografía de urgencia**.

Ingresa a laboratorio de hemodinamia a las 16:50 hs con **ángor de intensidad 2/10**.

Demoras en el tratamiento

Hora de inicio del dolor	12:00
Hora de llegada al Hospital	14:30
Primer contacto médico	14:30
Hora 1er ECG	14:56
Hora llamada	15:50
Hora llegada a hemodinamia	16:50
Hora de inicio CCG	17:00



Hospital Geriatrio
Instituto de Cardiología

Informe cine-coronariografía

Tronco Coronario Izquierdo: De normal calibre. Ostium libre. Sin lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Descendente Anterior: De normal calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Circunfleja: De normal calibre. Sin lesiones angiográficamente significativas.

Arteria Coronaria Derecha: De normal calibre y desarrollo. Dominante. **Se visualiza una imagen radiolúcida lineal en tercio proximal, y retención de contraste que podría corresponder a disección coronaria.**

Ventriculograma: Volumen de fin de diástole conservado, volumen de fin de sístole conservado. **Acinesia inferior apical.** Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Válvula aórtica trivalva, sin gradiente transvalvular



Examen físico de ingreso a UCO

TA: 140/70 mmHg	FC: 83 lpm	FR: 16 cpm	Temp.: 37°C	Sat: 96%
-----------------	------------	------------	-------------	----------

Peso: 78 kg	Altura: 1.53 m	IMC: 33.3 kg/m ²
-------------	----------------	-----------------------------

Cardiovascular: buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Reflujo hepatoyugular negativo. Latido apexiano no palpable. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. Ausencia de edemas de miembros inferiores.

Respiratorio: buena mecánica ventilatoria. Buena entrada de aire bilateral. Sin ruidos agregados.

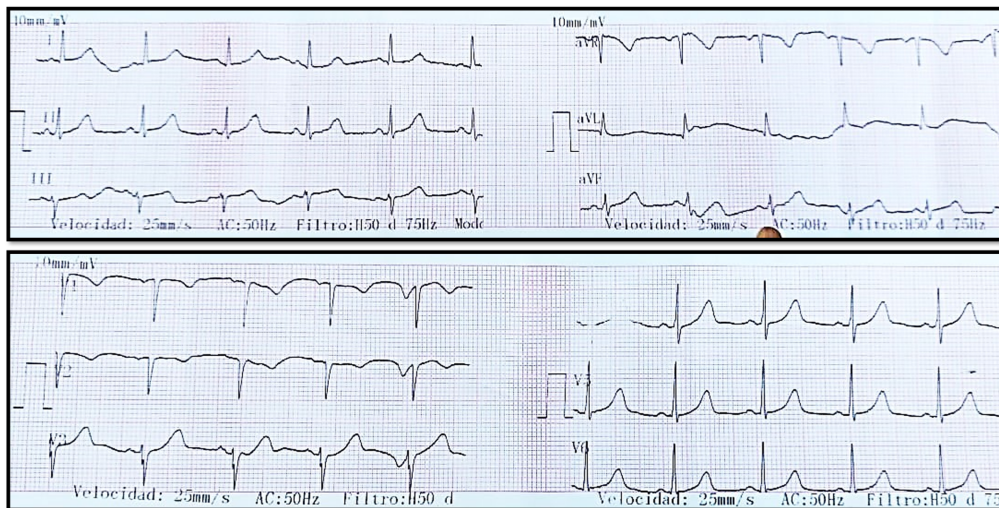
Abdominal: blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos.

Neurológico: lúcido, sin foco motor ni signos meníngeos.

Piel y partes blandas: punción radial derecha sin complicaciones.



ECG ingreso UCO



Evolución UCO

12/10 – 14/10

A su ingreso continua con ángor 2/10 que cede con infusión de NTG, evolucionando posteriormente hemodinámicamente estable, asintomática para ángor.

Presenta curva de biomarcadores cardíacos positivos (CPK pico 1298 UI/l - Mb 233 U/l).

Se interpreta cuadro....

Continua con **doble terapia antiagregante**, se inicia **estatinas** de alta intensidad y control de doble producto con **betabloqueantes**.

Se realiza ecocardiograma transtorácico y se decide su pase a Sala de Cardiología.



Informe ecocardiograma

DDVD (cm)	DDVI (cm)	DSVI (cm)	SIV (cm)	PP (cm)	AI (cm)	AI (cm)
normal	4,9	2,3	0,9	0,9	3,7	3,4

Ventrículo izquierdo no dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica normal.

Hipocinesia inferoapical.

Patrón de relajación normal. Aurícula izquierda no dilatada

Ventrículo derecho no dilatado, con grosor parietal normal y función sistólica normal.

Aurícula derecha no dilatada

Vena cava inferior normal.

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

No se observa derrame pericárdico.



Evolución Sala de Cardiología

14/10 – 18/10

Se decide suspensión de Clopidogrel y se optimiza resto del tratamiento médico.

Se otorga alta hospitalaria con seguimiento por consultorio externos.



Laboratorios

	12/10	13/10	14/10
HTO (%) / hb (g/dl)	42/14,7	38	40/13,2
Leucocitos (/mm ³)	7500	8800	10400
Plaquetas (/mm ³)	269000	252000	252000
Glucemia (mg/dl)	128	136	107
Urea (mg/dl) / Creatinina (mg/dl)	29/0,71	23/0.76	22/0,78
CPK/CPK-Mb (UI/l)	-	1298/223 – 1005/132	527/77
Troponina hs (pg/ml)	366 - 676	-	-
Colesterol total (mg/dl)	-	182	-
Colesterol HDL (mg/dl)	-	56	-
Colesterol LDL (mg/dl)	-	104	-
Trigliceridemia (mg/dl)	-	111	-
HB1Ac (g/dl)	-	5,1	-



Hospital Geriatrik
Instituto de Cardiología

Medicación al alta

- Aspirina 100 mg/día
- Atorvastatina 40 mg/día
- Carvedilol 25 mg c/12hs



Hospital Geriatrik
Instituto de Cardiología