



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Caso clínico IAM ventrículo derecho

Materia: Cardiología

Docente: Marco polo Rodríguez Alfonzo

Presente:

- **María del Pilar Álvarez Sánchez**
- **Raymundo López Santiago**

Semestre: 5° "A"

Caso clinico

Femenino de 57 años de edad es llevada al área de urgencias por presentar dificultad ventilatoria importante, así como dolor torácico, refiere que inicia hace aproximadamente 3 hr, tomo Naproxeno/paracetamol en tabletas para el dolor pero persiste.

Antecedentes de importancia.

Dx de hipertensión arterial sistémica grado III (ESC) hace 4 años, muy renuente a recomendaciones terapéuticas, hace un año, inicia tratamiento antihipertensivo con monoterapia con IECA (captopril 25 mg vo c. 12 hr), no se ha realizado estudios de control y el seguimiento es muy irregular.

Refiere que en los últimos meses ha presentado disnea al adoptar el decúbito supino por las noches, razón por la cual tiene que usar 2 a 3 almohadas para sentir alivio.

Signos vitales:

FC: 58 lpm **FR:** 31 rpm **Temp:** 36.1°C **PA (BD):** 90/60 mmHg
SpO2= 82% **Peso:** 88 kg **Talla:** 1.59 m

A su ingreso con mal estado general, diaforesis importante, palidez de tegumentos, ligera cianosis central y periférica, cooperadora, no tolera decúbito por lo que se tiene que mantener en posición de Semifowler; neurológico Glasgow 15/15, funciones mentales superiores íntegras, resto normal; cardiovascular RsCs rítmicos, soplo sistólico de predominio en foco mitral y aórtico con escasa irradiación, no se logra percibir 3R, o 4R, pulsos rítmicos, intensidad y amplitud moderadamente disminuida, llenado capilar ligeramente retardado; ventilatorio con estertores crepitantes bilaterales a nivel de bases pulmonares, amplexión y amplexación conservados, taquipnea, cianosis central y distal; tegumentos con palidez leve a moderada y diaforesis.

***Diagnosticos:**

Choque cardiogénico hipotensión secundario a Infarto Agudo al miocardio de cara inferior con extensión a ventrículo derecho.

**** Posterior a la discusión generará sus conclusiones y recomendaciones para el caso:**

***** Estudios básicos a solicitar y que espera encontrar en dichos estudios,**

- EKG: Alteraciones electrocardiográficas, y se pediría un electrocardiograma de 12 derivaciones, buscando las derivaciones de Medrano por la alta sospecha de infarto al ventrículo derecho.
- BH: Poder detectar alteraciones en los glóbulos rojos, en este caso para diagnosticar la insuficiencia cardiaca

- QS: Es de gran ayuda ya que con esto determinaremos el funcionamiento de diversos órganos y posibles afecciones, por medio de la cantidad de diversas sustancias como: electrolitos, urea, glucosa, entre otras.
- Perfil de lípidos: para observar el nivel de lípidos en sangre y ver si existe alguna alteración con respecto al LDL y al HDL, y observar el colesterol total y el perfil aterogénico.
- Enzimas cardíacas: Evaluar la función cardíaca y la fuerza de contracción que este está ejerciendo. Siendo una guía de la hipertrofia.
- Electrolitos séricos: prueba de sangre que mide los niveles de electrolitos y el dióxido de carbono en la sangre.
- Péptidos natriuréticos: Serán de gran ayuda para confirmar el diagnóstico de la Insuficiencia cardíaca.

***** Estudios avanzados a solicitar.**

- Ecocardiograma
- Resonancia magnética

****** Manejo inicial (farmacológico y no farmacológico, dosis a aplicar, efectos deseados y riesgo de complicaciones**

No farmacológico:

- Reposo
- Posición semifowler

Farmacológico:

- Antiagregantes AAs* 250mg. Evitan la coagulación sanguínea, con ello evitando la formación de trombos. Clopidogrel 300mg V.O. Dosis unica.
- Oxígeno 3 lts/min. (Para aumentar la oxigenación, ya que la paciente tiene hipoxia moderada)
- Estatinas = Atorvastatina a considerar. (Para reducir riesgo de placa aterosclerótica)
- Enoxaparina 30mg I.V. Profilaxis del tromboembolismo. Modificando la agregación plaquetaria y la fijación del fibrinógeno.
- Cristaloides 5ml/kg/ dosis (30-60 min). (dosis bajas para no sobrecargar) Evitar la extravasación y mantener el volumen intravascular para una mejor perfusión.
- Diureticos de Asa= Furosemide 40mg IV cada 8 horas. Evitan la absorción de sodio-cloro con ello evitando la formación de edema y mejorando la congestión pulmonar.
-

Dependiente a evolución:

- IECA= enalapril 5mg. Antihipertensivo
- B- bloqueadores= metoprolol 50 mg a 400 mg/día en una o 2 dosis. Tratamiento de insuficiencia, reduciendo la gravedad del infarto.

Tratamiento de emergencia:

Trombólisis farmacológica

- Alteplase dosis acelerada: 15 mg(bolo) Iv. (Activa el paso de plasminógeno a plasmina, que hidroliza las redes de fibrina.)
- Estatinas: Atorvastatina 80 mg VO DU, dosis de carga.
- Antiagregantes:
- Clopidogrel: 300mg V.O dosis unica.
- AAS*160mg oral masticada.
- Anticoagulantes: Heparina de bajo peso molecular, Enoxaparina: 30mg I.V.

Bibliografía:

- IAM mx. Infarto agudo al miocardio.
- Canalejo, J. (2018). Escala NYHA. Nueva York: NYHA.
- Hall, G. y. (1ra. edición). Fisiología médica. Mississippi: ELSERVIER.
- Katsung, B. (12a. edición). Farmacología básica y clínica. San Francisco: Mc Graw Hill.
- Rozman, F. (17a. edición). Medicina interna. España: ELSERVIER.