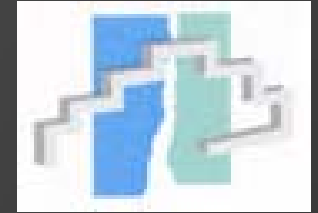


# CAS CLÍNIC:



## Tractament de l'infart en malalts d'edat avançada

Jordi Sans Roselló  
R4 Cardiologia  
Hospital Joan XXIII Tarragona



# Cas Clínic

- Pacient varó de 76 anys.
- HTA, Diabetes mellitus tipus II (ADO), DLP. Exfumador fa > 20 a.
- Insuficiència renal crònica estadi III per hipoplàsia renal congènita.
- I.Qx: Litiasis renal D fa 32 anys, Faquectomia E fa 2 anys.
- Sense antecedents familiars ni personals de cardiopatia.

Medicació habitual:

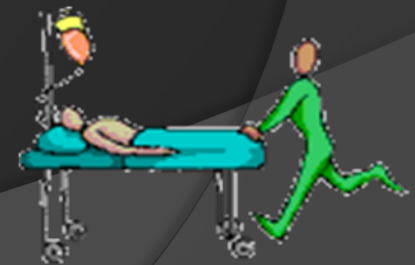
- Enalapril 5 mg, Euglucon 5 mg, Simvastatina 20 mg.

# Motiu de consulta

Dolor en regió epigàstrica de característiques urents irradiat a esquena amb vegetatisme associat, iniciat en repòs, d'uns 10 minuts de durada.

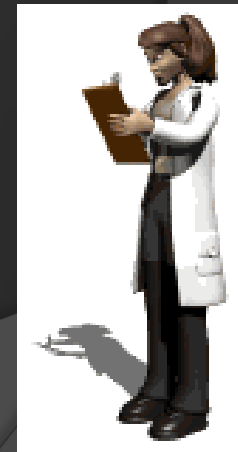
Nou episodi de dolor d'iguals característiques 1 hora després amb la deambulació, d'uns 15 minuts de durada que calma amb el repòs.

Acudeix a urgències on arriba asimptomàtic.



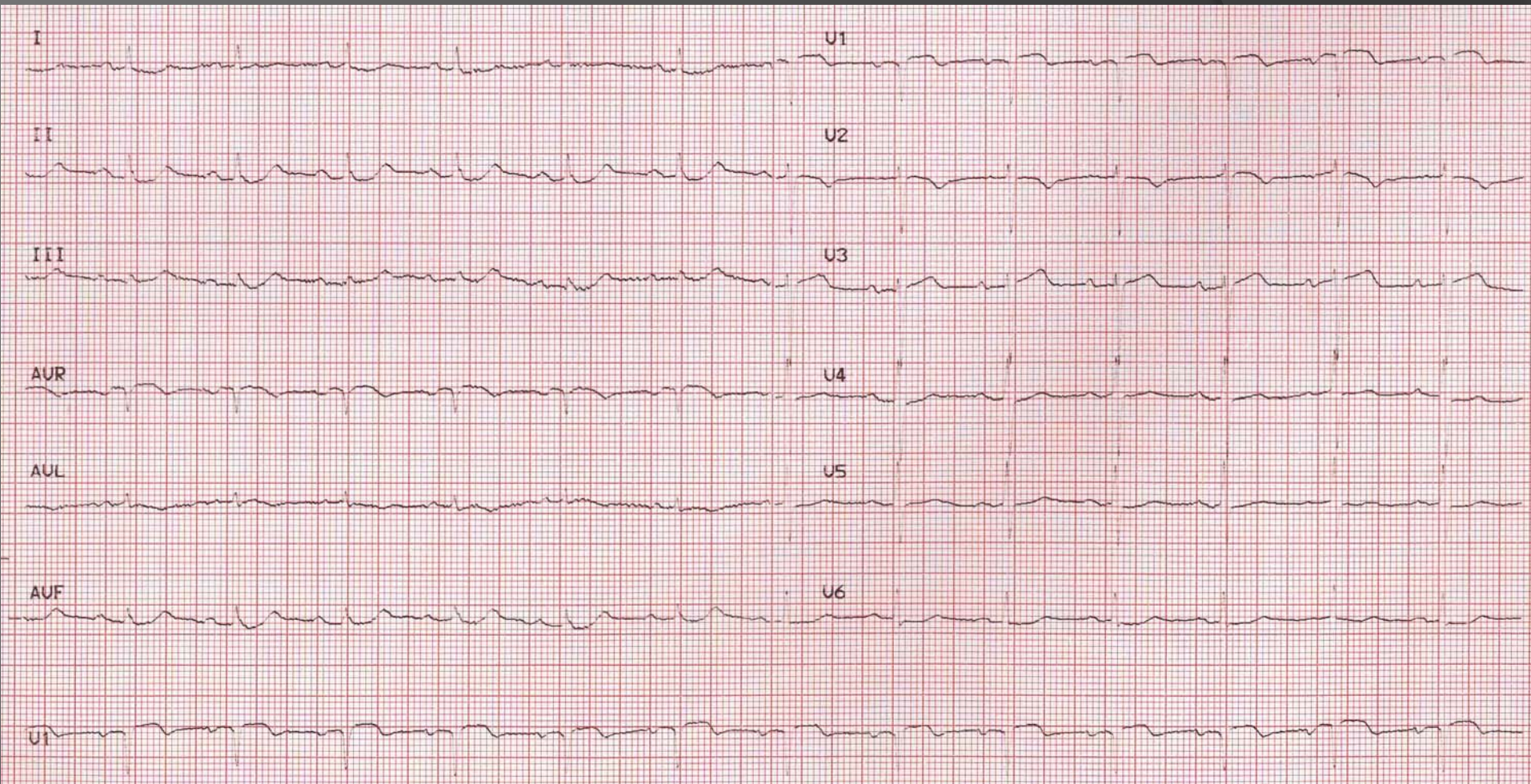
# Exploració física

- TA: 99/69 mmHg, FC 75 bpm. Sat O2: 94%
- Pes: 70 kg, Talla 1.68 m, IMC: 24.8
- CARDIACA: TCR sense bufs ni frecs. No ritme de galop ni 3r to.
- RESPIRATÒRIA: Lleugera hipoventilació bibasal
- Resta normal





# ECG



# Què fem ara?

1. Tractament mèdic de l'SCASEST
2. Trasllat a un centre amb possibilitat d'angioplàstia primària
3. Observació a l'espera de resultats de p.complementàries
4. Buscar causes alternatives de dolor epigàstric
5. Altres opcions?

AAS 300 mg vo, Pantoprazol 20 mg ev i observació fins a resultats de proves complementàries

# Analítica sanguínea

Bioquímica: Glucosa 192 mg/dl, Urea 84 mg/dl, Creatinina 2.8 mg/dl (FG 23 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), Na 139 mEq/l, K 4.5 mEq/l, Troponina I 0.12 ng/ml

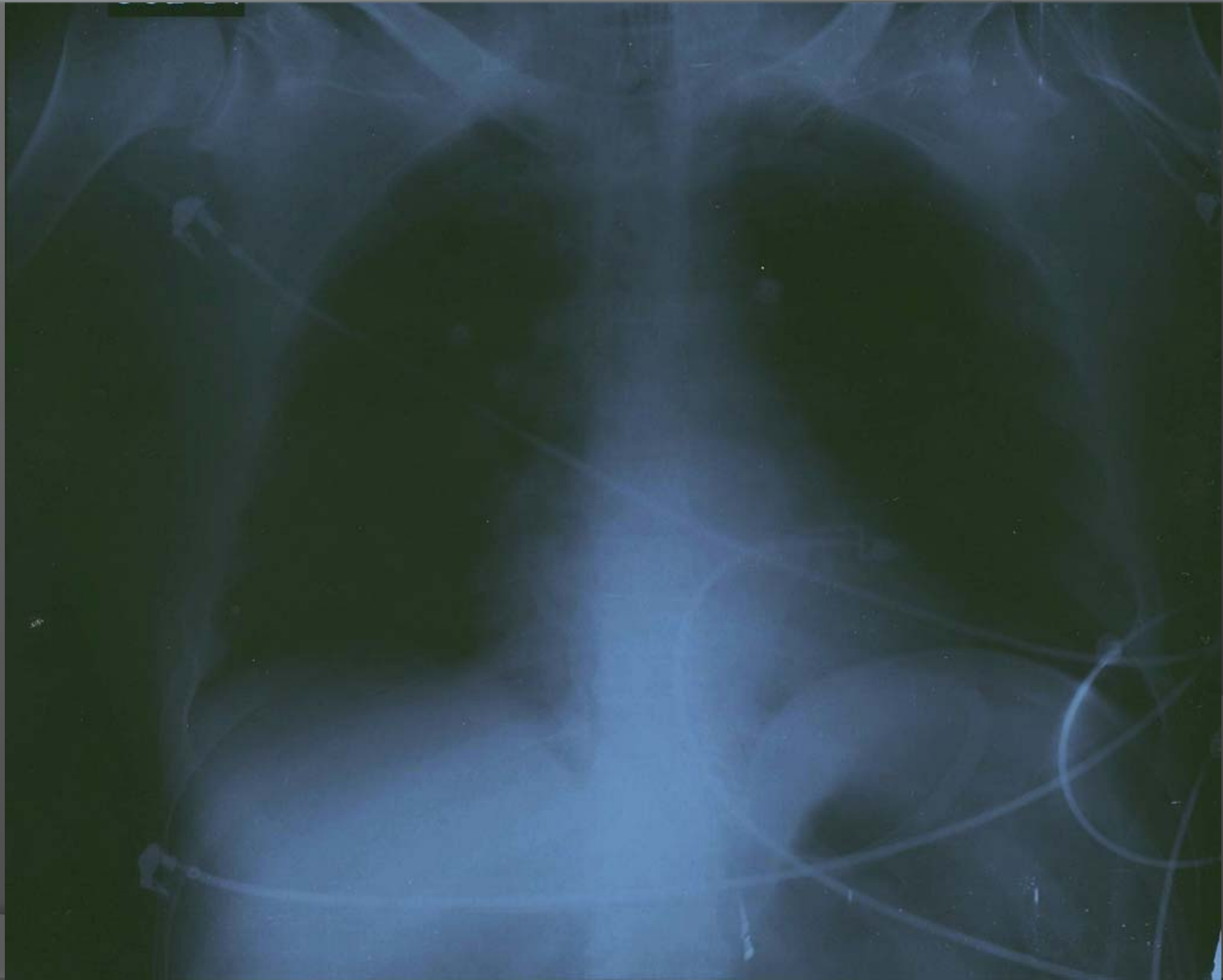
Hemograma: 8660 leucòcits (FN), Hb 15.8 g/dl, Htc 47%, 206000 plaquetes.

Coagulació: Normal



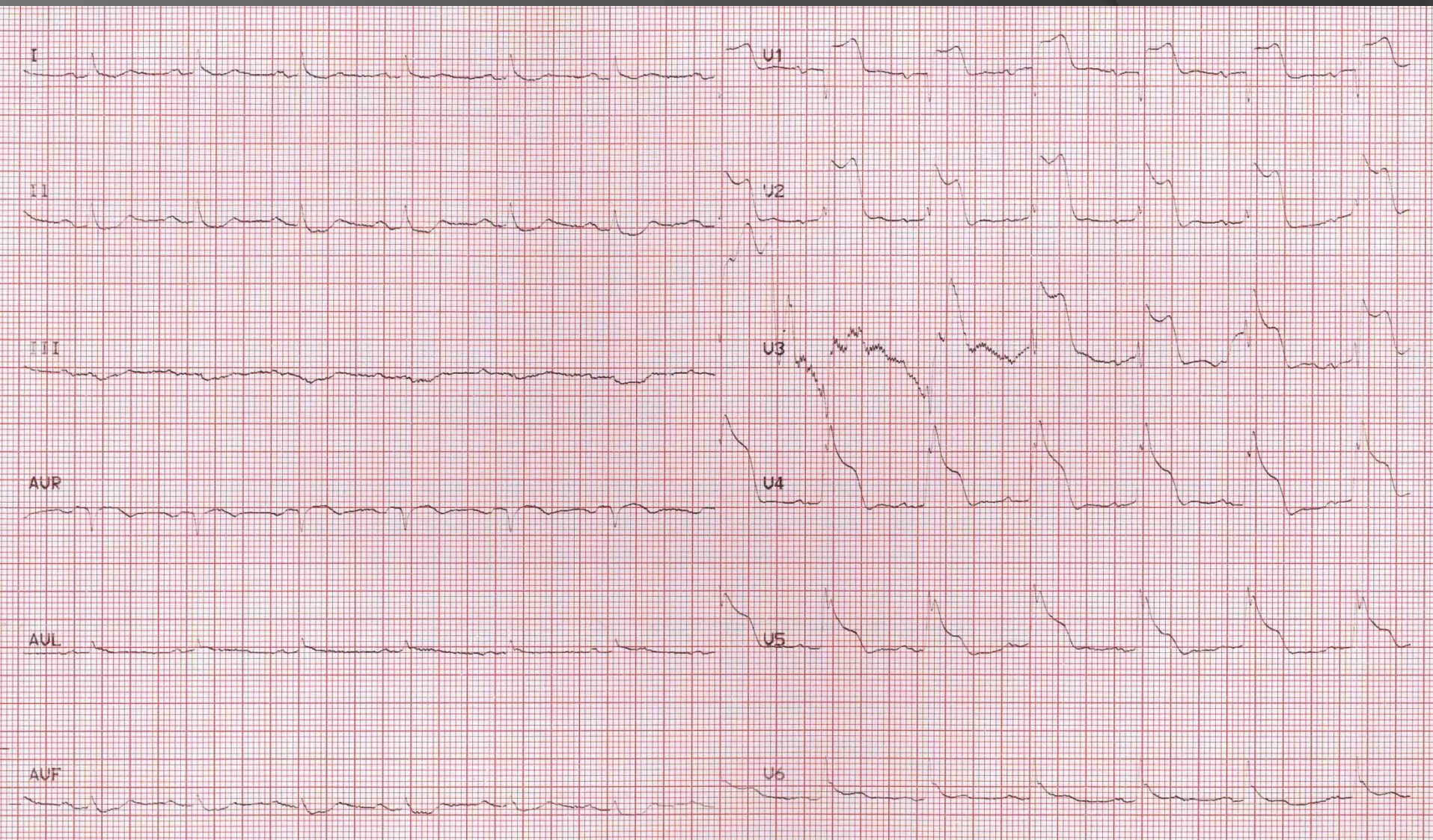


# Rx de Tórax





# Nou episodi de dolor epigàstic...





# Quina actitud adoptem ara?

1. Trasllat a un centre amb hemodinàmica 24h e ICP 1<sup>a</sup>
2. Fibrinolisis intrahospitalària i revalorar en funció de resultats
3. Tractament mèdic conservador sense teràpia de reperfusió

ÉS DISSABTE. RECORDEU QUE ESTEM EN UN CENTRE SENSE ICP  
PRIMÀRIA 24H

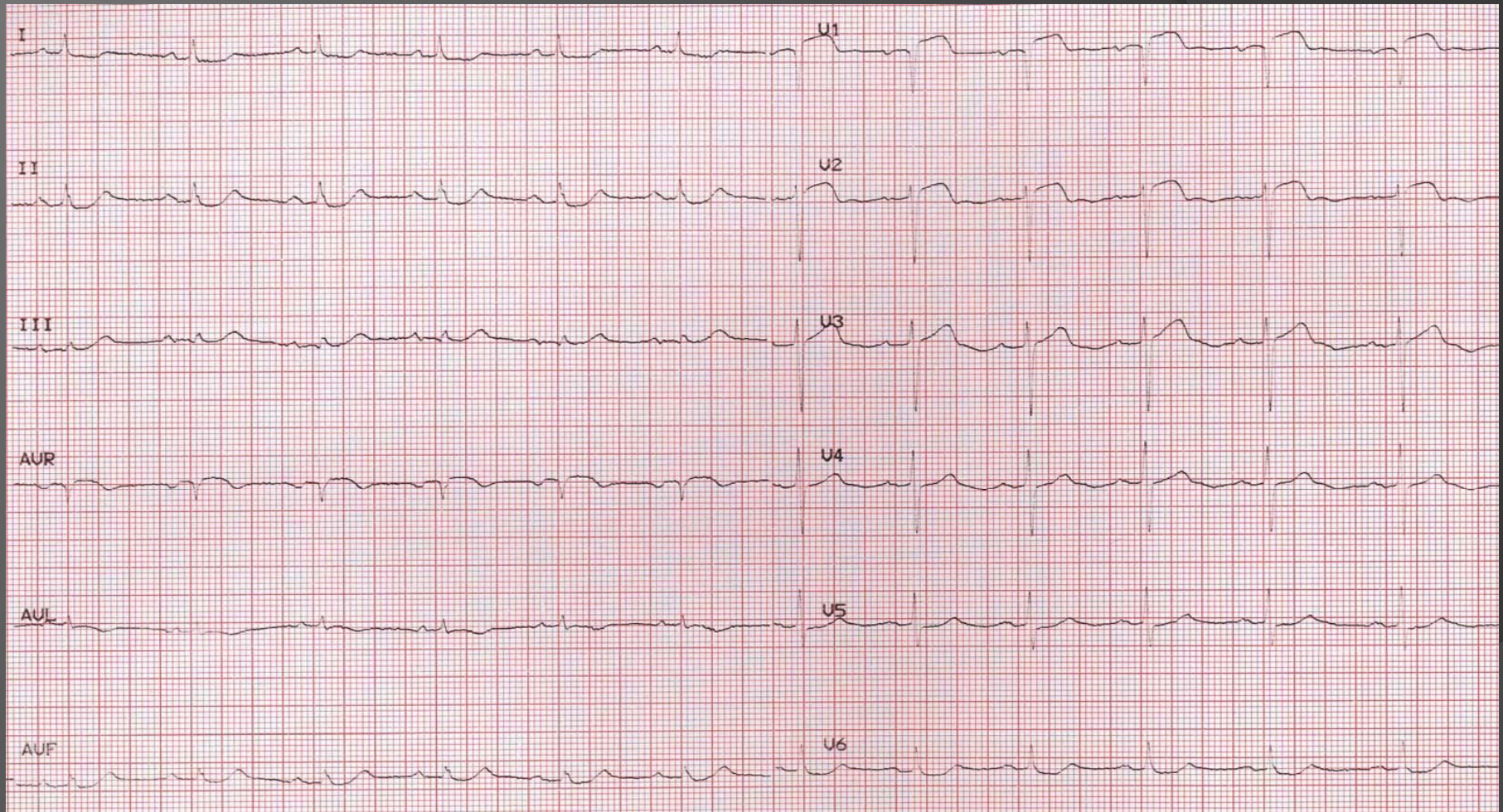
# S'escollí l'opció fibrinolisis...

1. AAS 300 mg vo (ja donada)
2. Clopidogrel 75 mg vo
3. Enoxaparina 50 mg sc
4. Fibrinolisis amb TNK 8000 U ev
5. Pantoprazol 20 mg ev (ja donat)
6. Oxigenoteràpia endonasal a 2 lpm
7. Nitrats ev en perfusió
8. Bolus de clorur mòrfic ev



AFEGIRÍEU ALGUNA COSA MÉS?

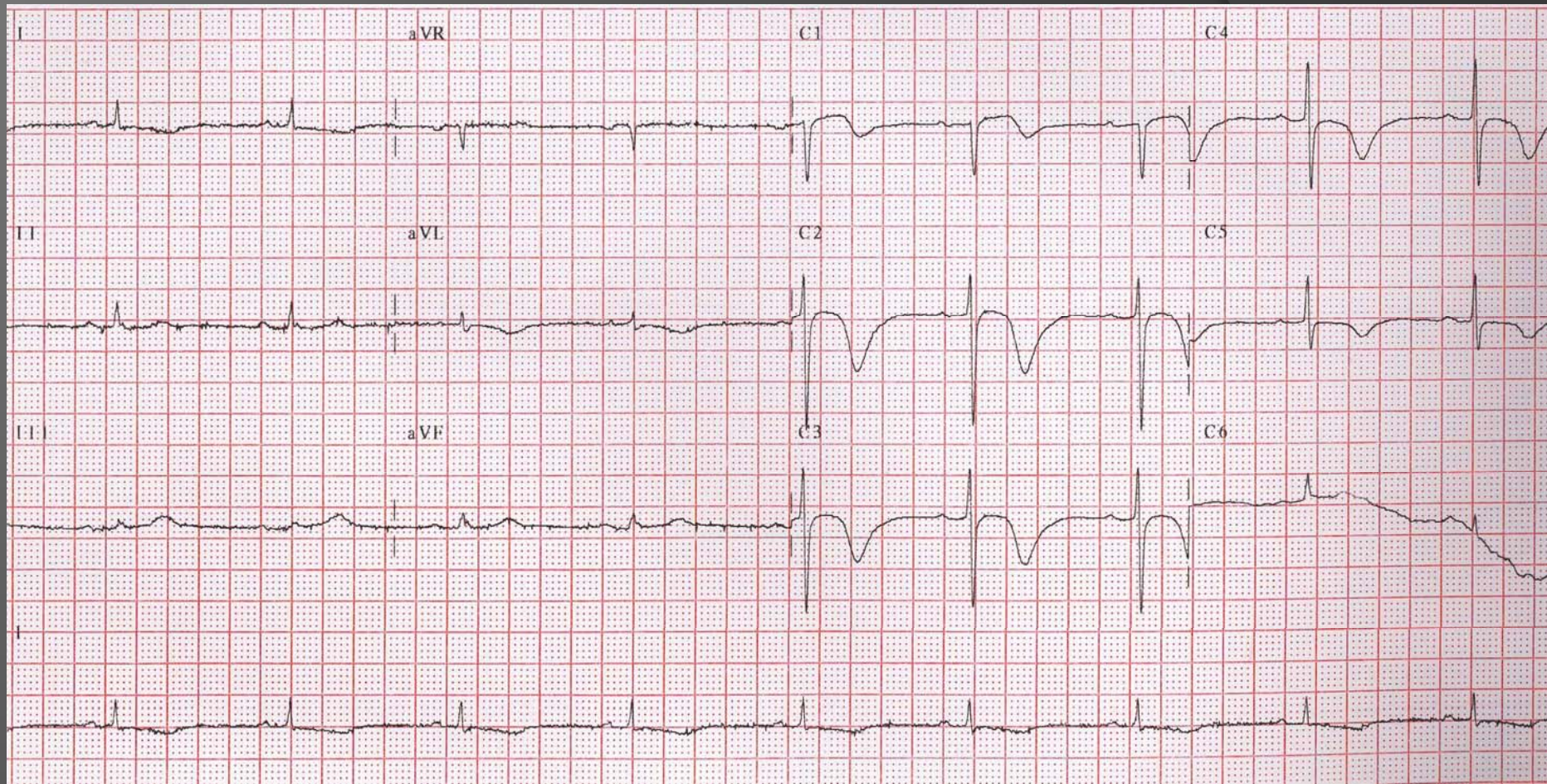
# Als 70 minuts...



CRITERIS CLÍNICS I ELECTROCARDIOGRÀFICS DE REPERFUSIÓ



# A les 24h...



Pic de troponina I 47.89 ng/ml. Pic CK / CKmb: 788 / 77.2 U/L



# Ecocardiograma TT

## Motius de Sol-licitud

IAM anterior

### VENTRICLE ESQUERRE

DTD(mm)	45	Gruix septe	8
DTS(mm)		Gruix paret	9
%Sistòlic		E-Setupm	
%FE			

### VENTRICLE DRET

DTD(mm)

### AURÍCULA ESQUERRE

DTS(mm)	38
Aorta	36

Qualitat Regular

### VÁLVULES

AÒRTICA	Normal
MITRAL	Normal
TRICUPIDE	Normal
PULMONAR	Normal
PERICARDI	Normal

### COMENTARIS

Dimensiones de las cavidades dentro de la normalidad.

Hipocinesia no extensa septo-apical del ventriculo izquierdo.

Función sistólica global conservada.

Llenado ventricular izuquierdo con patrón normal para la edad.

Sin signos de hipertensión venosa.

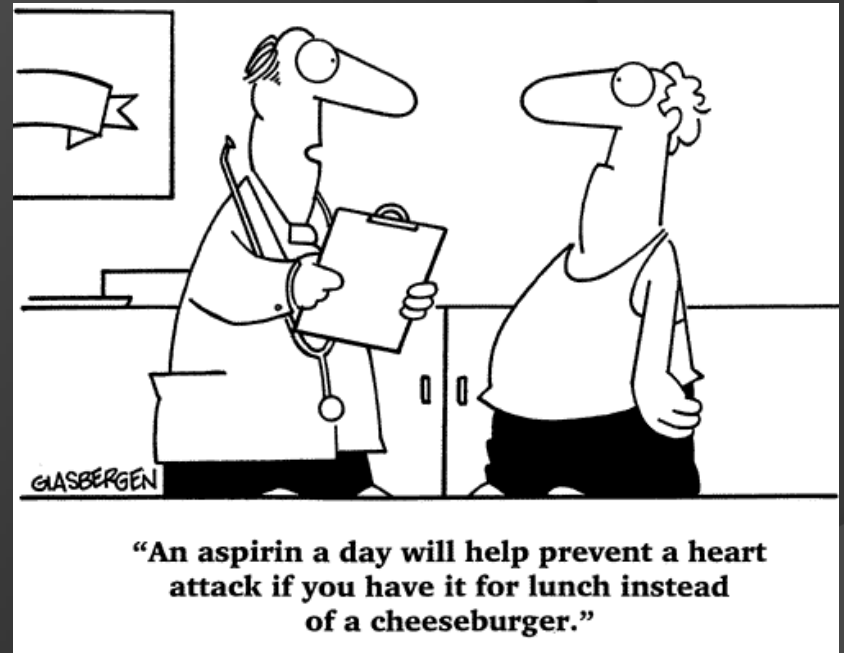
### CONCLUSIONS

Cardiopatía isquémica, con función sistólica global conservada.



# Tractament

1. AAS 100 mg/24h vo
2. Clopidogrel 75 mg/24h vo
3. Enoxaparina 50 mg/24h sc
4. Pegat de NTG 10 mg td
5. Carvedilol 6.25 mg/12h vo
6. Simvastatina 20 mg/24h vo



# Demanam alguna altra prova...?

1. Cateterisme cardíac (a pesar d'estar fora de les primeres 24h).
2. Ergometria convencional submàxima als 5-7 dies.
3. SPECT miocàrdic als 5-7 dies.
4. No demanaria res més si el pacient està asimptomàtic.

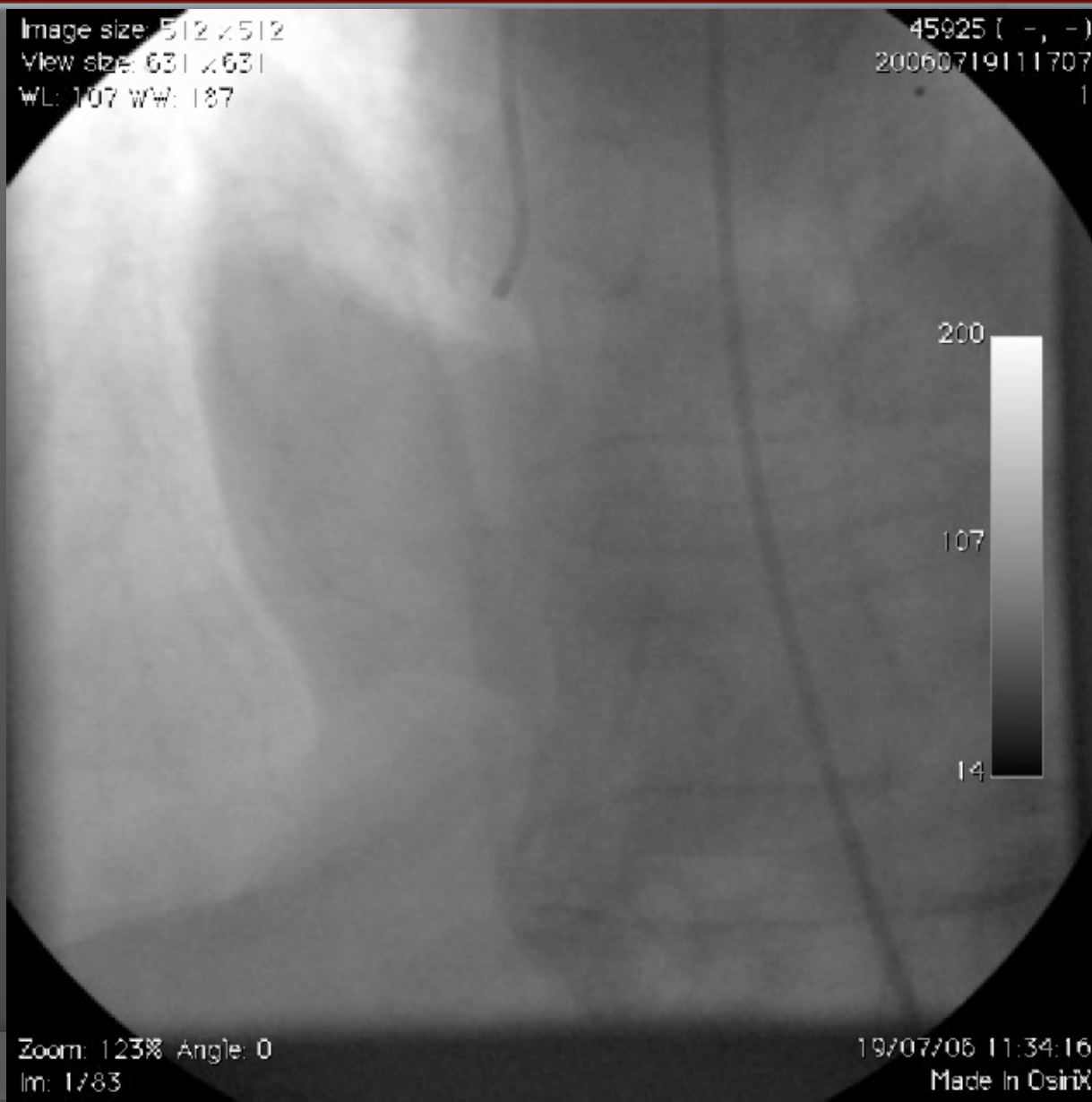


# Demanam alguna altra prova...?

1. Cateterisme cardíac (a pesar d'estar fora de les primeres 24h).
2. Ergometria convencional submàxima als 5-7 dies.
3. SPECT miocàrdic als 5-7 dies.
4. No demanaria res més si el pacient està asimptomàtic.

ALS 4 DIES, EL PACIENT PRESENTA UN EPISODI DE DOLOR TORÀCIC AMB LA DEAMBULACIÓ SENSE CANVIS ELÈCTRICS QUE S'AUTOLIMITA...

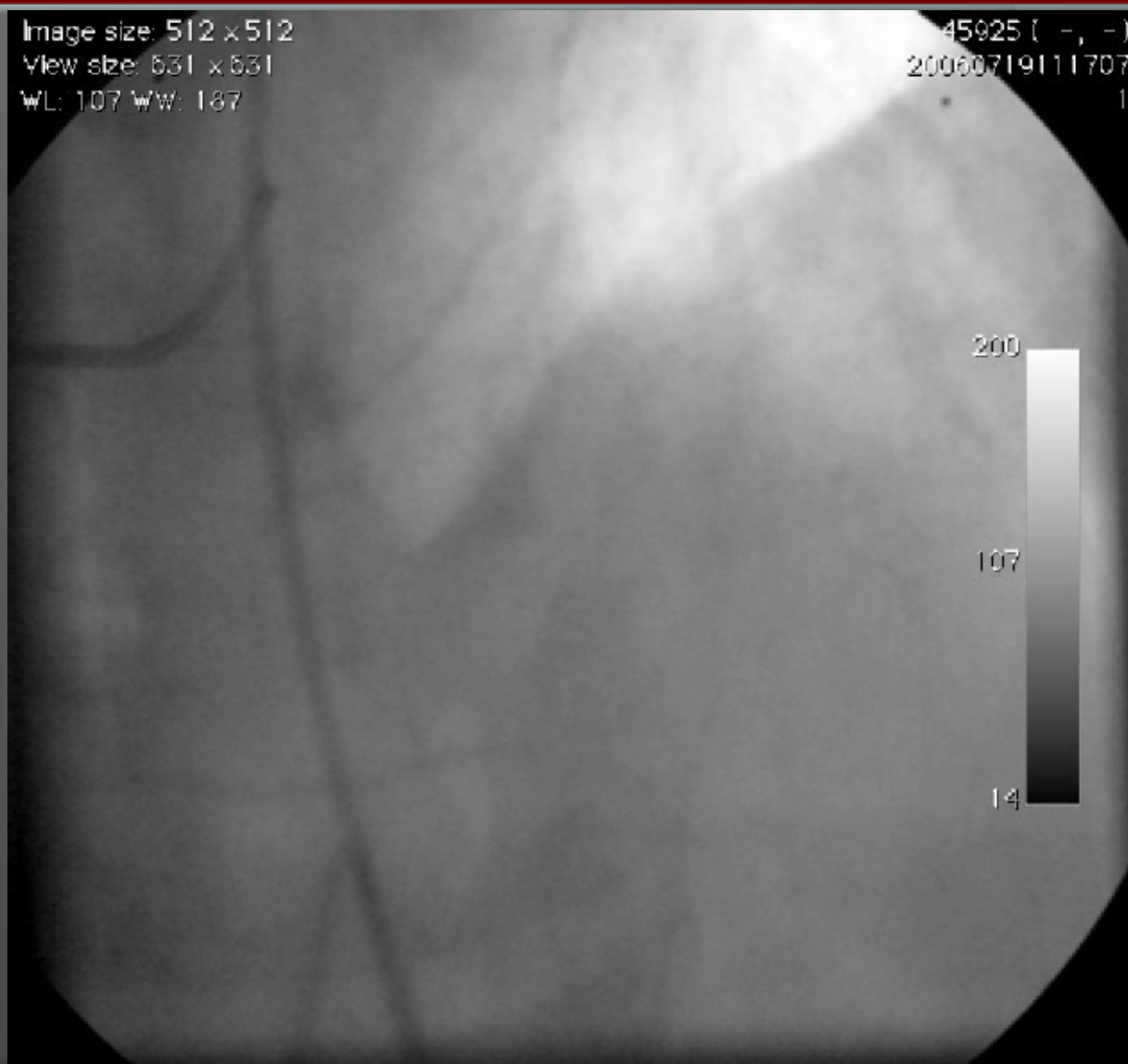
# Cateterisme cardíac



# Cateterisme cardíac

Image size: 512 x 512  
View size: 531 x 531  
WL: 107 WW: 187

45925 ( -, -)  
20060719111707  
1



Zoom: 123% Angle: 0  
Im: 1/65

19/07/06 11:30:40  
Made In Osirix

# Cateterisme cardíac

Image size: 512 x 512

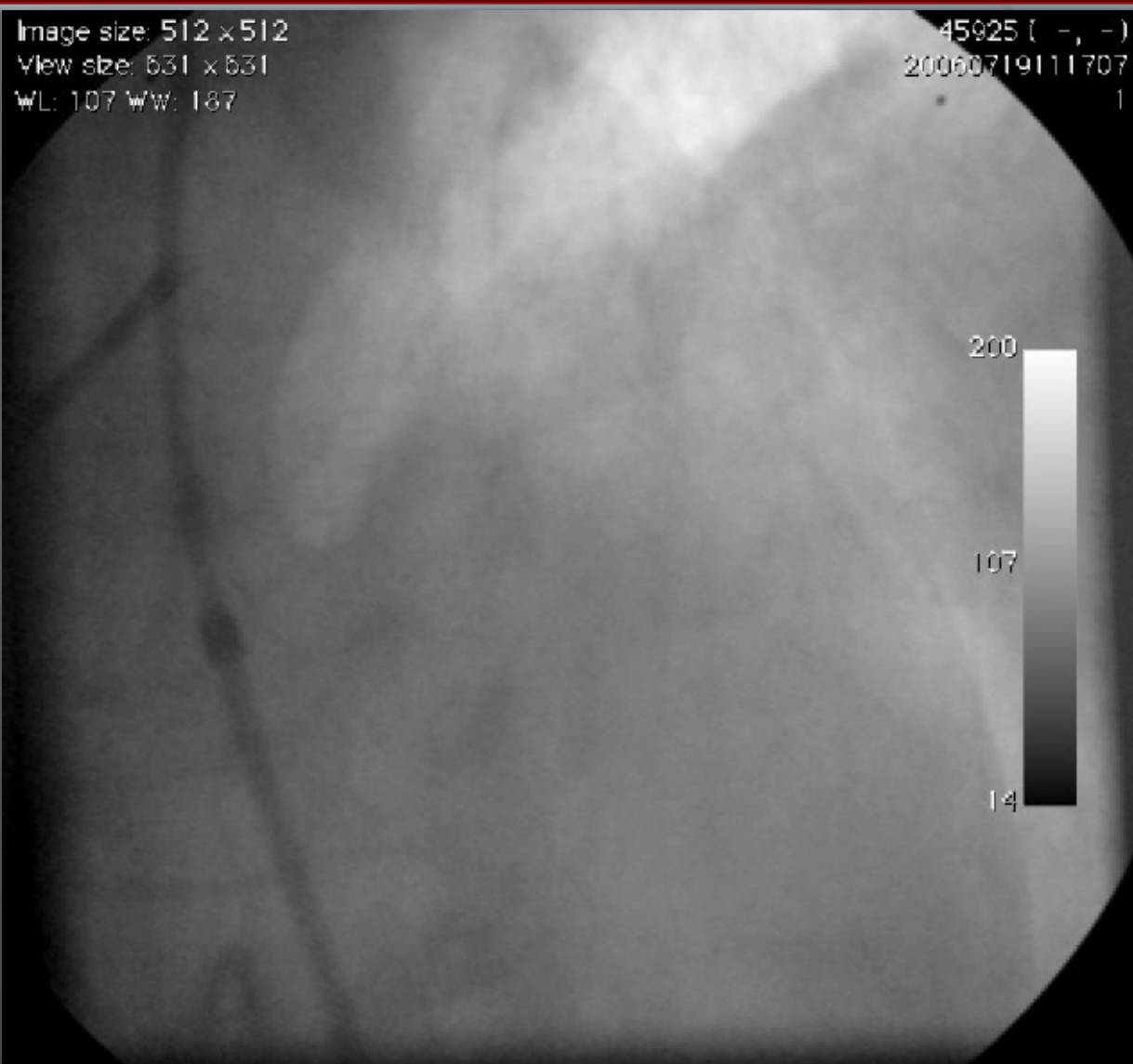
View size: 531 x 531

WL: 107 WW: 187

45925 ( -, -)

20060719111707

1



200

107

14

Zoom: 123% Angle: 0

Im: 1/55

19/07/06 12:05:01

Made In Osirix



# Evolució hospitalària

- Sense nous episodis de dolor toràcic
- Analítica ordinària:

Col Total 167 mg/dl, Col LDL/HDL 96/49 mg/dl, TG 107 mg/dl, Hb A1c: 4.7%, Creatinina 2.23 mg/dl. Perfil tiroïdal N.

## ALTA HOSPITALÀRIA:

AAS 100 mg

Simvastina 20 mg

Omeprazol 20 mg

Clopidogrel 75 mg

Carvedilol 6.25 mg ½12h

Euglucon 5 mg

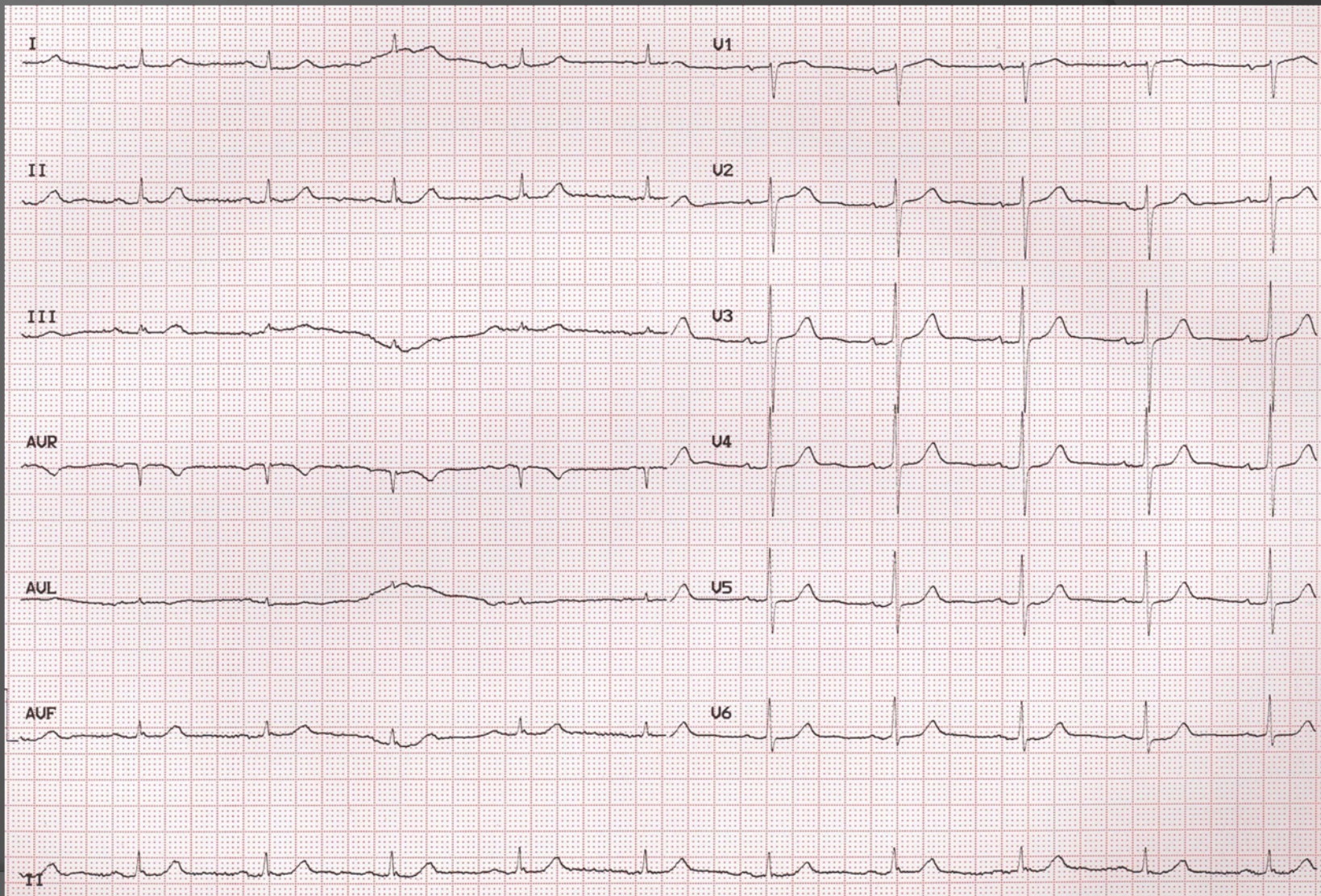
# Evolució extrahospitalària

- No presenta nous episodis de dolor toràcic.
- Es retira clopidogrel als 12 mesos.
- Es manté resta de medicació. Classe funcional I NYHA.

ALS 2 ANYS DE L'IAM ANTEROLATERAL (78 a):

- INGRÉS HOSPITALARI OCLUSIÓ INTENTINAL: ADC DE SIGMA
- DIETA ABSOLUTA. SUSPENSÍO DE MEDICACIÓ.

# ECG a l'ingrés





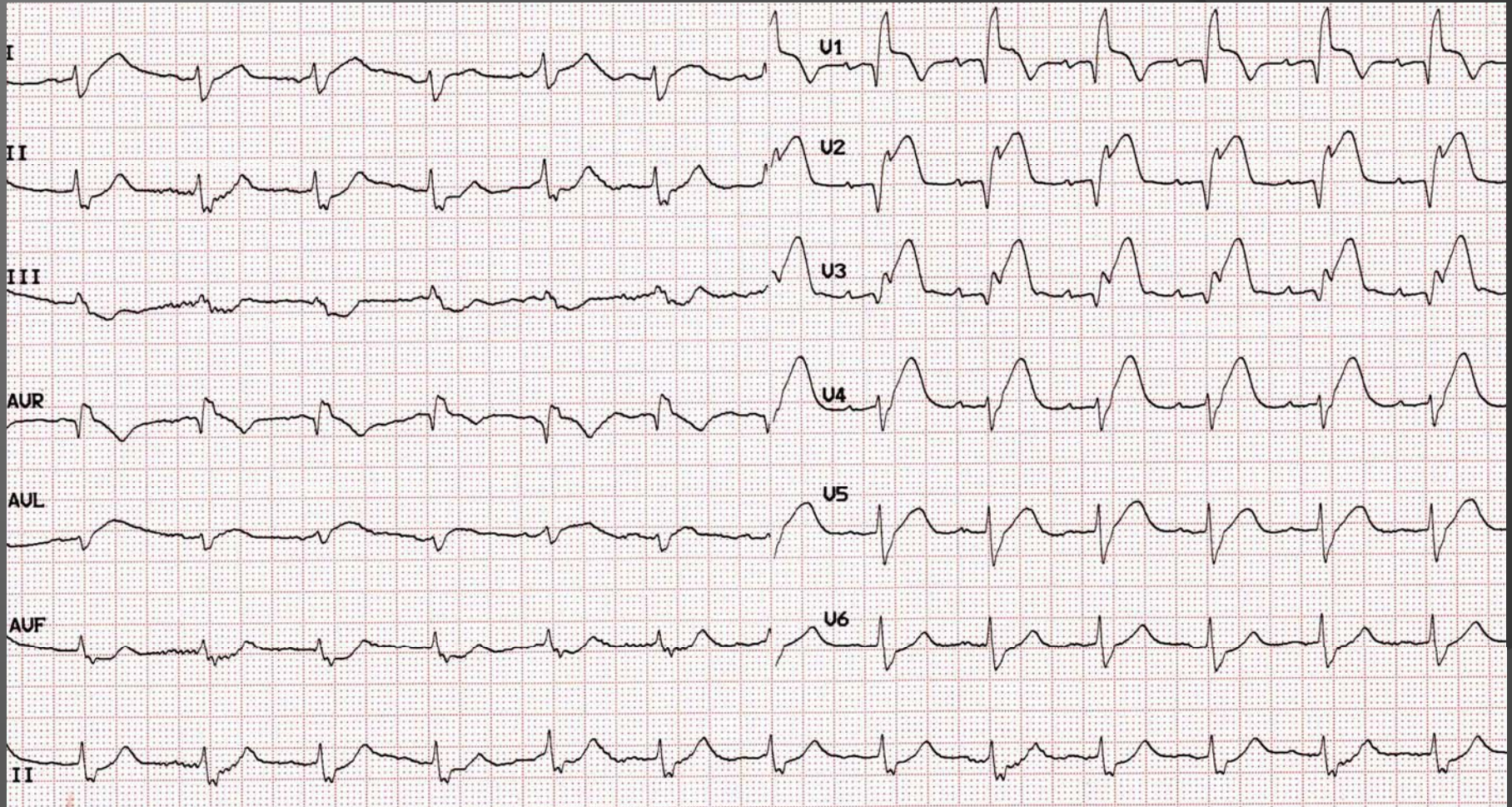
# Evolució

- Hemicolectomia i colostomia de descàrrega
- Alta hospitalària sense complicacions majors
- Es reintrodueix AAS i resta de medicació habitual

## A LES 24H DE L'ALTA:

- Episodi de dolor epi-mesogàstric al pujar les escales amb vegetatisme intens
- Acudeix al CAP als 75 minuts de l'inici del dolor amb lleu discomfort abdominal

# ECG...



IAM ANTEROLATERAL KILLIP I. TA: 140/75 mmHg

# Què fem ara...?

- Trasllat a hospital de referència per a ICP 1<sup>a</sup>
- Fibrinolisis extrahospitalària a pesar de antecedent quirúrgic (2 stm)
- No se li ofereix tractament de reperfusió donada l'edat, l'ECG i AP



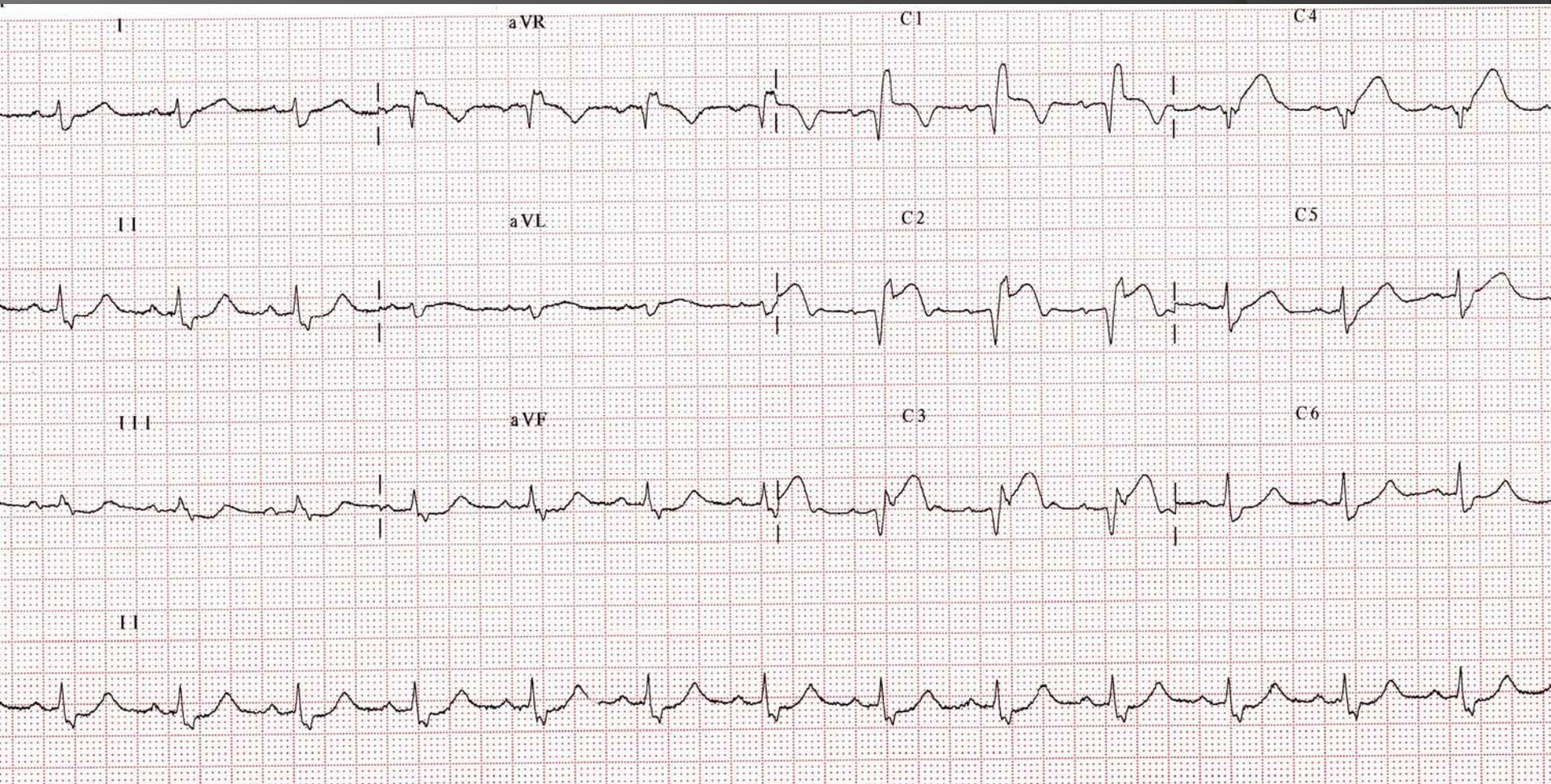


# Es decideix ICP primària...

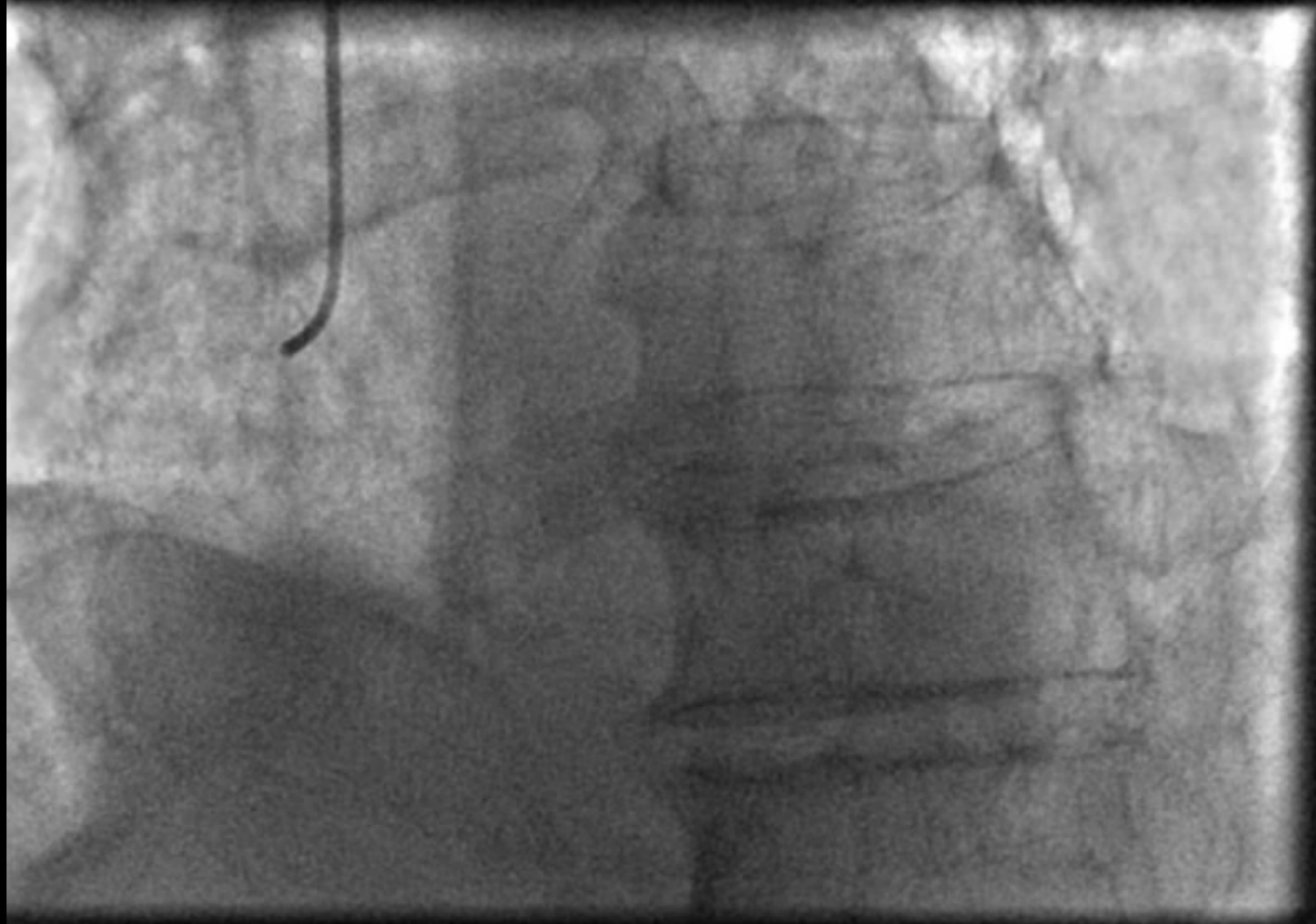
- Trasl·lat de CAP a Hospital de referència per ICP 1<sup>a</sup>
- AAS 300 mg, Clopidogrel 300 mg, Nitrats en perfusió.
- Temps activació SEM – arribada a hospital: 95 minuts (40 kms).

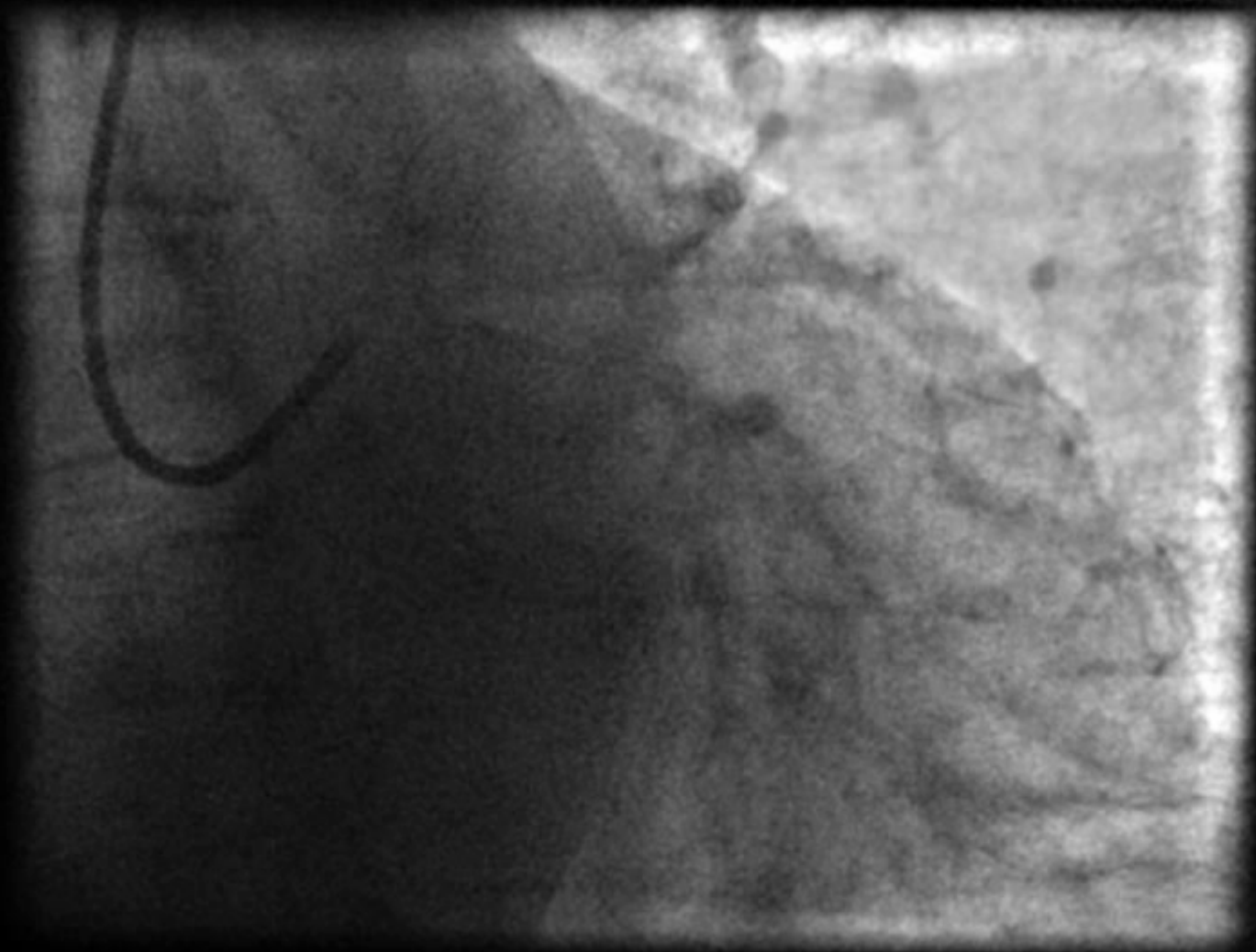


# ECG a l'arribada a l'hospital







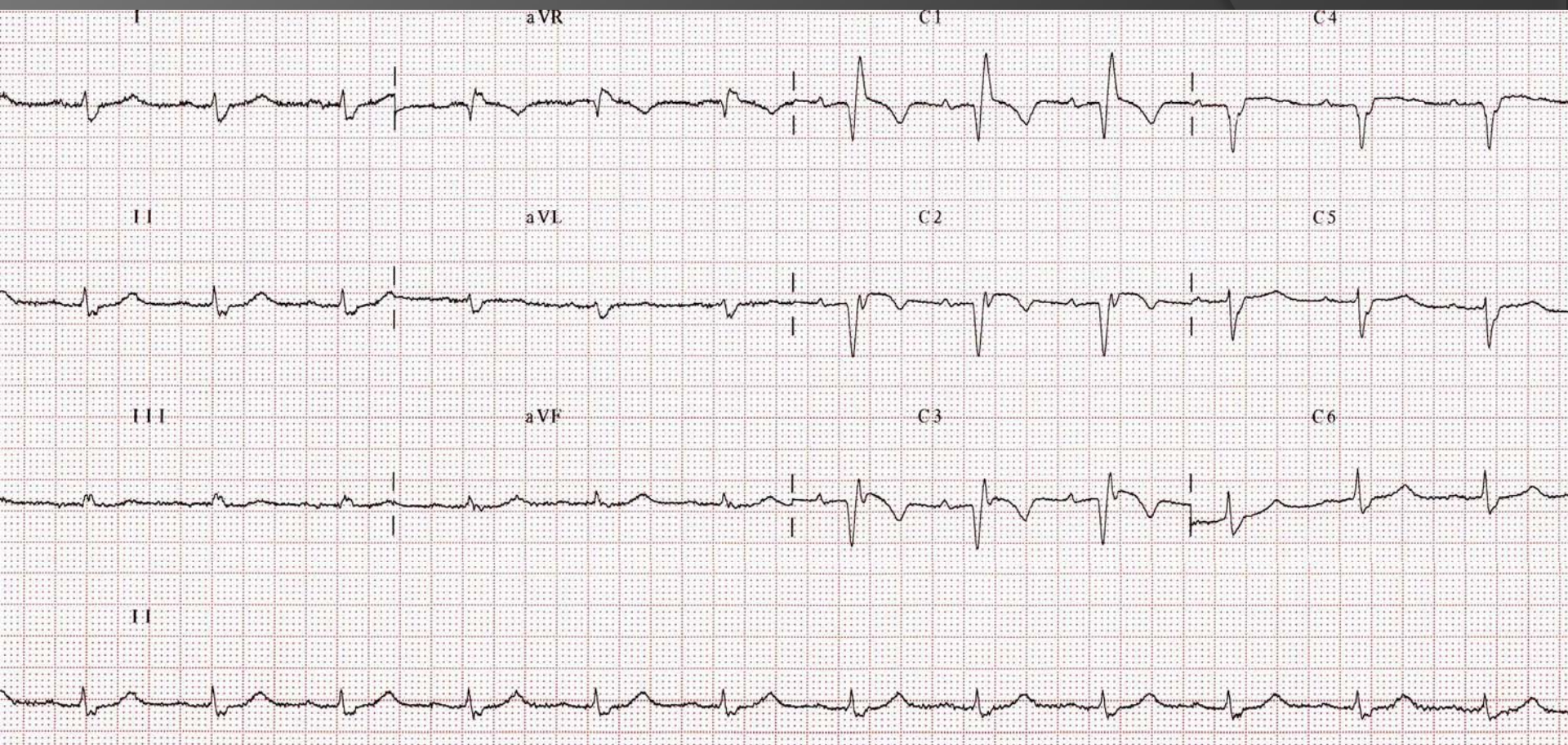








# ECG post ICP



TEMPS INICI DOLOR – ARTÈRIA OBERTA: 205 min



# Ecocardiograma TT

## Motius de Sol·licitud

IAM anterior

### VENTRICLE ESQUERRE

DTD(mm)	46	Gruix sept	12
DTS(mm)	38	Gruix paret	12
%Sistòlic	20	E-Setup	
%FE	39		

### VENTRICLE DRET

DTD(mm)

### AURÍCULA ESQUERRE

DTS(mm)	35
Aorta	31

Qualitat Regular

### VÀLVULES

AÒRTICA	trivalva, normal
MITRAL	normal
TRICUPE	normal, no se detecta IT que permita el càlcul de la PAP
PULMONAR	normal
PERICARDI	ausència de derrame pericàrdic

### COMENTARIS

Medidas de VI tomadas vía subxifoidea por deficiente acceso paraesternal. VI no dilatado con ligera hipertrofia concéntrica. Aquidisinquia apical amplia. Contractilidad preservada en segmentos basales ventriculares. FE Simpson 4C = 36 %.

Ventriculo derecho normocontráctil.

Llenado diastólico con patrón de alteración de la relajación ventricular.

VCI normal

### CONCLUSIONS

Cardiopatía isquémica.

Disfunción sistólica de grado moderado.



# Evolució hospitalària

- Sense nous episodis anginosos, no complicacions
- AAS 100 mg, Clopidogrel 75 mg, Carvedilol 6.25 mg  $\frac{1}{2}$  24h, Simvastatina 20 mg/24h
- No s'inicien eplerenona ni IECAs a l'alta.

Sense nous episodis de dolor toràcic fins a l'actualitat  
Classe funcional II/III de la NYHA, però sense limitació funcional



# ECG en control a CCEE Cardiología...

