



XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA GENERAL 2011

Area de interés: _____ Cardiología _____

Autor responsable: _____ Manuel Klein _____

Dirección: _____

e-mail: _____ mklein@intramed.net _____

Áreas de Interés

- 1-. CARDIOLOGIA
- 2-. DERMATOLOGIA
- 3-. DOLOR Y ANALGESIA
- 4-. EDUCACION MEDICA /
RESIDENCIAS MEDICAS
- 5-. ENDOCRINOLOGIA /
METABOLISMO / NUTRICION
- 6-. EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- 7-. FARMACOLOGIA /
TERAPEUTICA /
TOXICOLOGIA
- 8-. GASTROENTEROLOGIA
- 9-. GERONTOLOGIA
- 10-. HEMATOLOGIA
- 11-. HEPATOLOGIA
- 12-. HIPERTENSION ARTERIAL
- 13-. INFECTOLOGIA
- 14-. INFORMATICA MEDICA
- 15-. NEFROLOGIA
- 16-. NEUMONOLOGIA
- 17-. NEUROLOGIA
- 18-. ONCOLOGIA
- 19-. REUMATOLOGIA
- 20-. SISTEMAS DE
ATENCION MEDICA

MUERTE SUBITA, DECISIONES TERAPEUTICAS

Autores: Cruz S; Espinoza L; Tranol M; Condori L; Torres J; Andrusyzsyn T; Klein M. Servicio de clínica médica Clínica Modelo de Lanús

Introducción: La muerte súbita involucra a cualquier tipo de muerte natural debida a causas cardiológicas que se producen dentro de una hora tras el establecimiento de los síntomas. Se estima que el 80% de las víctimas de muerte súbita cardíaca no sobreviven al alta hospitalaria y que el 50% de aquellos que sobreviven mueren en los 3 años siguientes.

Gracias a los registros Holter obtenidos en pacientes que presentan MS durante el mismo, y a programas de resucitación cardiopulmonar extrahospitalaria, se ha podido comprobar que el ritmo cardíaco subyacente a un episodio de MS puede ser: una taquiarritmia ventricular (taquicardia o fibrilación ventricular), una bradiarritmia o ritmo sinusal.

Caso clínico: Hombre de 35 años de edad con antecedentes de síncope a repetición en la infancia, tratamiento actual con claritromicina por síndrome bronquial, sin otra medicación. Sin antecedentes de adicción a drogas, ni alcoholismo. Consulta por tos y dolor en puntada de costado, con Rx de tórax que evidencia secuela pleural en base pulmonar derecha, NAC c/derrame pleural hace 2 años. Al examen físico hipoventilación en base derecha. ECG con bloqueo de rama derecha y supradesnivel del segmento ST de 1 mv en derivaciones precordiales V1 y V2, QT corregido: 0.40 mseg. Laboratorio: Hto 42%, GB 14300 /mm³., Glucemia 102 mg%, Urea 28m%, Na 140mEq/l., K 3,6 mEq/l., Creatinina 1.0 mg%. Al ingreso TA 120/60 mmHg, FR 20 x', FC 72x', T° 36.6, hemodinámicamente estable. A la hora de ingresar y sin mediar signos o síntomas presenta paro cardiorespiratorio súbito. Se observó en el monitor TV polimorfa seguida de torsión de punta y FV. Responde a maniobras de resucitación volviendo a ritmo sinusal luego de 45 minutos de maniobras, choques eléctricos y fármacos. Pasa a UTI, en ARM por 24 hs., recupera estabilidad hemodinámica, sin nueva arritmia, recupera el sensorio sin observarse secuelas neurológicas. Estudios: Ecocardiograma con hipertrofia leve del septum, Holter de 24 hs. normal, CCG: arterias coronarias normales, RNM cardíaca sin displasia del VD, prueba de ajmalina y de isoproterenol negativos. Ergometría normal. Estudios para Chagas negativos. Se coloca cardiodefibrilador implantable. Buena evolución, externado asintomático, sin secuelas. Presenta una consulta por descargas múltiples (3) del CDI.

Conclusiones: Se presenta este caso por el valor docente de la evaluación y tratamiento de un caso de muerte súbita, en el que se consideran y evalúan las distintas etiologías: isquémicas, tóxicas, medicamentosas, metabólicas, infecciosas, degenerativas, alteraciones electrofisiopatológicas, como asimismo la decisión terapéutica de la colocación de un cardiodefibrilador implantable.

Sede de SAMIG : Paraguay 2535 PB "A" - Ciudad de Buenos Aires.

Horario: lunes a jueves de 13 hs a 17 hs y viernes de 8 hs a 12 hs.

TE (5411) 4964-4005 - Mail: samig@pccp.com.ar