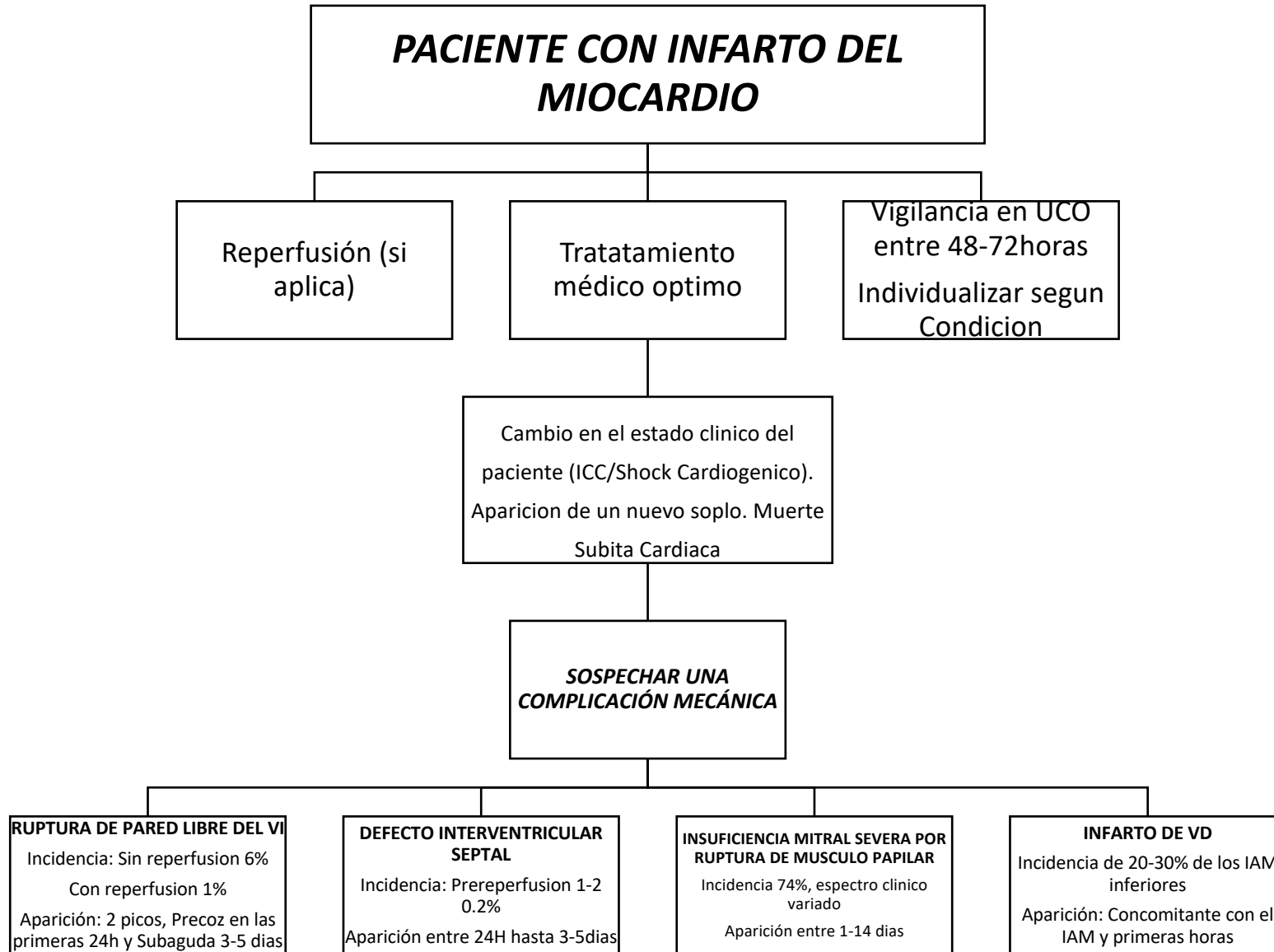




Nombre:	Cédula:	Edad:	Sexo:
Servicio:	Cama:	Fecha:	



Bibliografía

1. ACCSAP 9 Capítulo 2 Complicaciones Mecánicas del Infarto Agudo del Miocardio
2. J. Caballero; J.M. Hernandez. Complicaciones Mecánicas en el Infarto Agudo de Miocardio. ¿Cuáles son, cuál es su tratamiento y qué papel tiene el intervencionismo percutáneo?. Rev. Esp. Cardiol. Supl. 2009
3. Victor Sinisi, Complicaciones Relacionadas con el IAM Agudo. PROSAC. 2009

COMPLICACIÓN MECÁNICA

RUPTURA DE PARED LIBRE DE VI

IAMcST Anterior, HTA, Sexo Femenino, Edad Avanzada
Primer evento isquemico
Ausencia de colaterales
Ausencia de HVI
Uso de AINES o Corticoides en la fase aguda
Uso de Fibrinolíticos luego de 14H

Aguda: Muerte súbita cardiaca (hemopericardio masivo + hipotensión severa + disociación electromecánica)
Subaguda: Dolor torácico, hipotensión, síncope, náuseas y vómitos

ECO Doppler

Derrame pericardico masivo
Identificación de trombo en el pericardio + movimiento anormal de la pared del VI
Utilización de agentes contrastados para visualizar la extravasación
Paciente Estable: coronariografía

Cirugia Urgente

Tanto en ruptura libre como en ruptura contenida (pseudoaneurisma) (Clase I, Nivel de Evidencia B)
Siempre que se pueda realizar CABG (Clase I, Nivel de Evidencia C)
Terapia puente: pericardiocentesis en caso de colapso hemodinamico, fluidoterapia y farmacos inotropicos
Mortalidad Quirurgica: 60%

DEFECTO SEPTAL VENTRICULAR

IAM de pared Anterior, HTA, Sexo Femenino, Edad Avanzada
Primer evento isquemico
Ausencia de colaterales

ICC (Shunt izquierda/derecha).
Dolor torácico, disnea o shock cardiogénico.
Soplo holosistolico rudo en el borde esternal izquierdo

ECO Doppler TT

Establecer localización y extensión de la CIV
CTT en vista de revascularización

Cirugia Urgente

incluido el bypass coronario (Clase I, Nivel de Evidencia B y C)
Terapia puente: Dispositivos de Asistencia Ventricular, Farmacos inotropicos y vasodilatadores, monitorización invasiva
Mortalidad Quirurgica: 20-50% (Registro SHOCK)

IM SEVERA POR RUPTURA DEL MUSCULO PAPILAR

Infarto inferoposterior
Edad Avanzada
Sexo Femenino
Oclusion Completa de la Arteria
Ausencia de Diabetes

Edema agudo de pulmon por la IM severa aguda
Shock Cardiogénico
Soplo holosistolico en 50% de los casos de nueva aparición con ausencia de fremito

ECO Doppler TT

Se puede observar el prolapso del musculo papilar dentro de la auricula
CTT en vista de revascularización

Cirugia Urgente

Ya sea ruptura parcial o total (Clase I, Nivel de Evidencia B)
Reemplazo quirurgico valvular en la mayoría de los casos
CABG en el mismo procedimiento (Clase I, Nivel de Evidencia B)
Terapia puente: Farmacos que reducen la poscarga, diureticos, inotropicos, Dispositivos de Asistencia ventricular, Soporte Ventilatorio
Mortalidad quirurgica: 40%
Supervivencia a 5 años 60-70%

INFARTO DEL VD

Infarto inferior
Hipertension pulmonar
Hipertrofia VD
Ausencia de colaterales

Triada:
Hipotension
Presion Venosa Yugular aumentada (Ingurgitacion Yugular)
Pulmones Claros sin Crepitos
Presente tambien: Pulso paradojico y Signo de Kussmaul

Elevacion del ST en Derivadas Derechas Especialmente V4R (primeras 10-12 horas)
ECO: Alargamiento del VD y Septum Abombado hacia el VI
Presion Atrial Derecha Mayor de 10 mmHg
Relacion de la presion atrial y la presion en cuña de la AP $\geq 0,8$

Reperfusion

Ya sea con fibrinolíticos o PCI
Tratamiento de Soporte: Fluidoterapia(1°), inotropicos (2°)
Evitar diureticos y vasodilatadores
BAVC: MPT
FA: Cardioversion
Alta Mortalidad con CABG temprana es preferible dar manejos de soporte y retrasar cirugia 4 semanas y si se desarrolla Shock cardiogenico se puede dar soporte con dispositivos de asistencia ventricular como terapia puente

FACTORES DE RIESGO

CLINICA

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

Evaluación por

Hematología