

15º Encuentro del FIAI

Muerte Súbita en paciente portadora de Enfermedad de Chagas Mazza

Dra González, EM



- Paciente femenina de 56 años (FN: 1958 chaqueña) con antecedentes de:

- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Tabaquista
- Serología positiva para Chagas

(Diagnosticada a los 28 años -1986- en control obstétrico)

- Fibrilación auricular crónica (Diagnosticada 2005 – 47 años)

- Obstétricos:

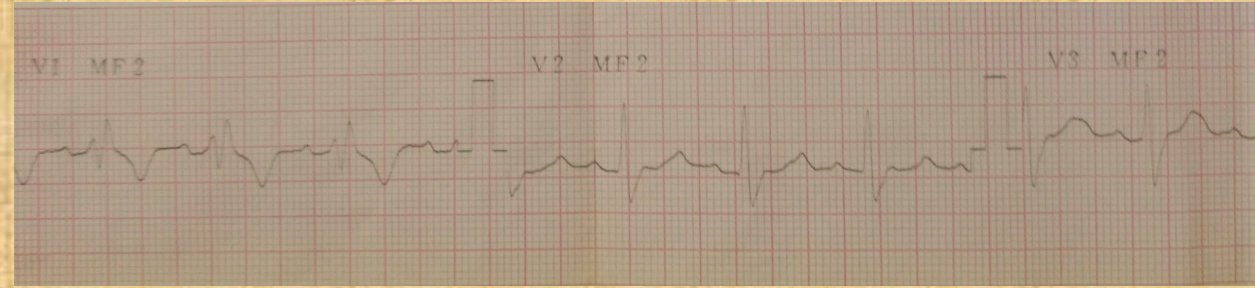
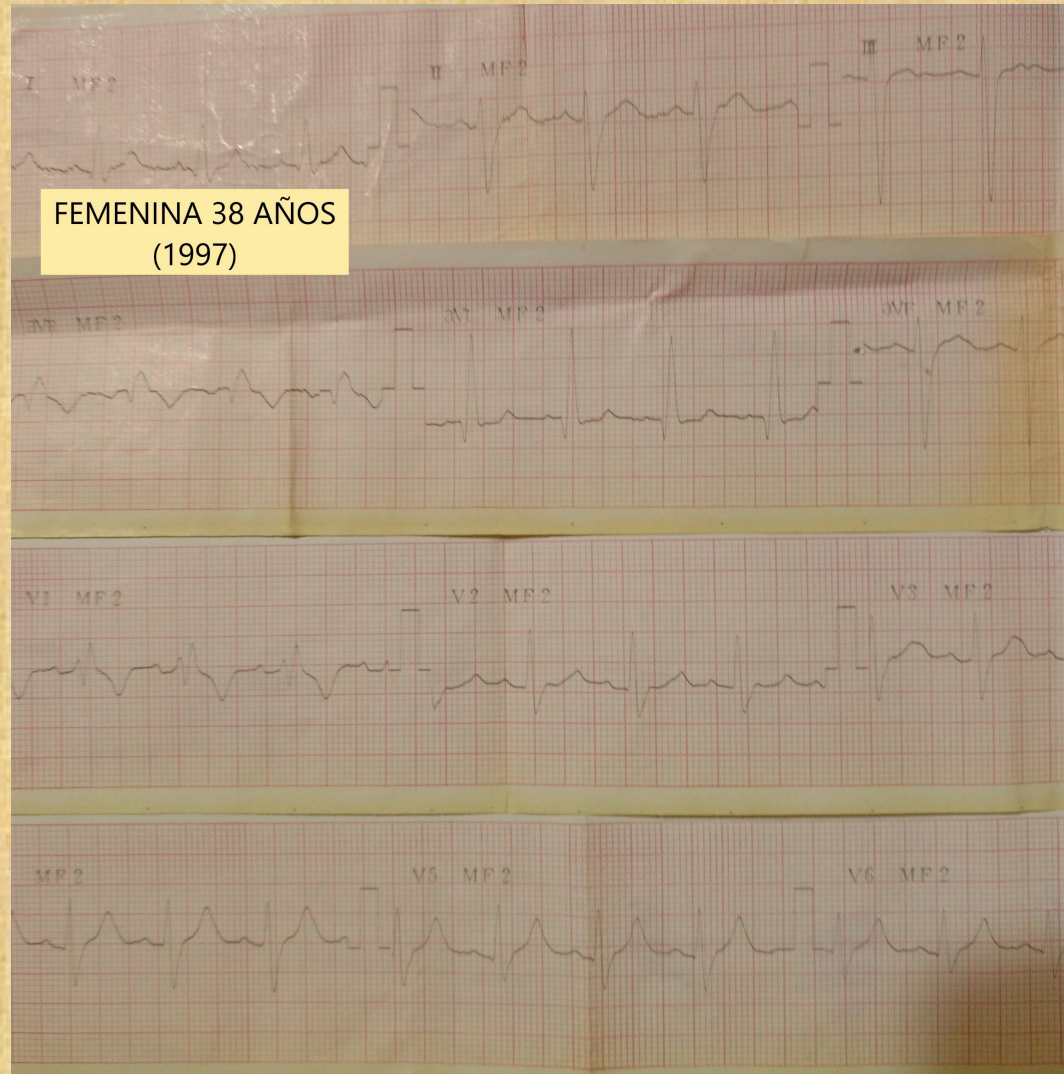
- G8 P7 (1976-1978-1980-1983-1987-1995-1997)
- 1999 legrado evacuador por aborto incompleto, sin complicaciones
- Menopausia 2001 (43 años)

- Quirúrgicos:

- 2009 pancreatitis aguda por litiasis vesicular
- 2010 colecistectomía laparoscópica programada. Sin complicaciones en el acto quirúrgico

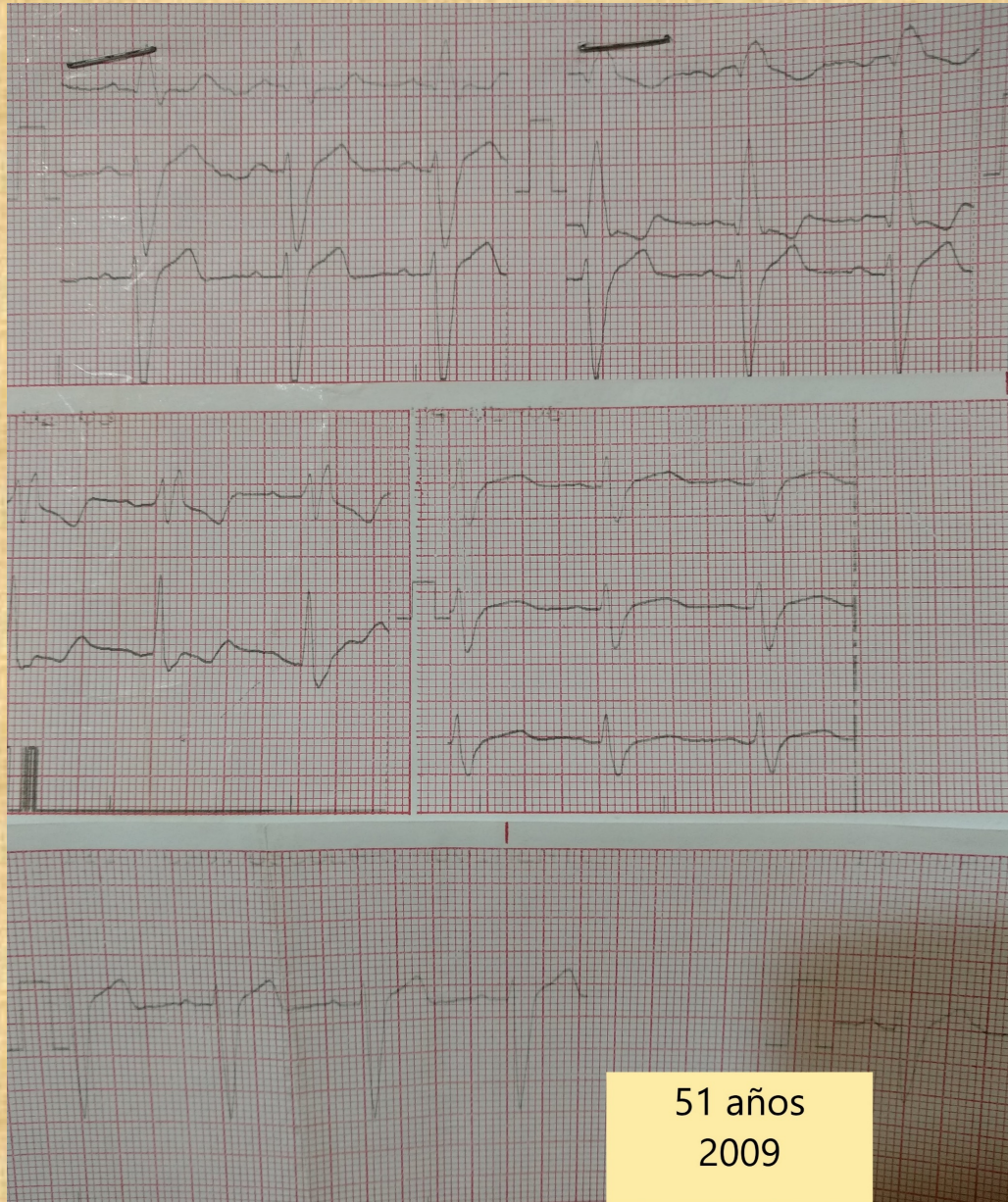


- Desde el diagnostico hasta 1º control cardiológico pasaron 9 años
- 1995 - Asintomática.
- 1997



Ritmo sinusal Fc 80 min p 0,06 pr 0,16 qrs 0,16 Brd + hai

- Desde 1999 a 2005 sin controles cardiológicos
- 2005: ingresa a urgencias por FAARV, recibe cardioversión farmacológica con amiodarona
- 2006: Sintomática para disnea en CF II III NYHA
- Sintomatología que mejora con ajuste de tratamiento y normalización de holter
- Controles anuales cardiológicos desde 2005 - 2013



Ecocardiograma 2011

DDVI 61 / DSVI 47

SIV 12 / PP 10 / AI 36

AI 20 cm²

FAC 22% / FEY 44%

Hipertrofia excéntrica Hipokinesia global

IM leve

Holter 2011:

Ritmo sinusal que alterna con ritmo auricular caotico.

1 episodio de FAARV

ESV con escasas duplas y bigeminias

Sin pausas significativas

PEG 2011

450 kgm

136 pm

Negativa para isquemia - No arritmias

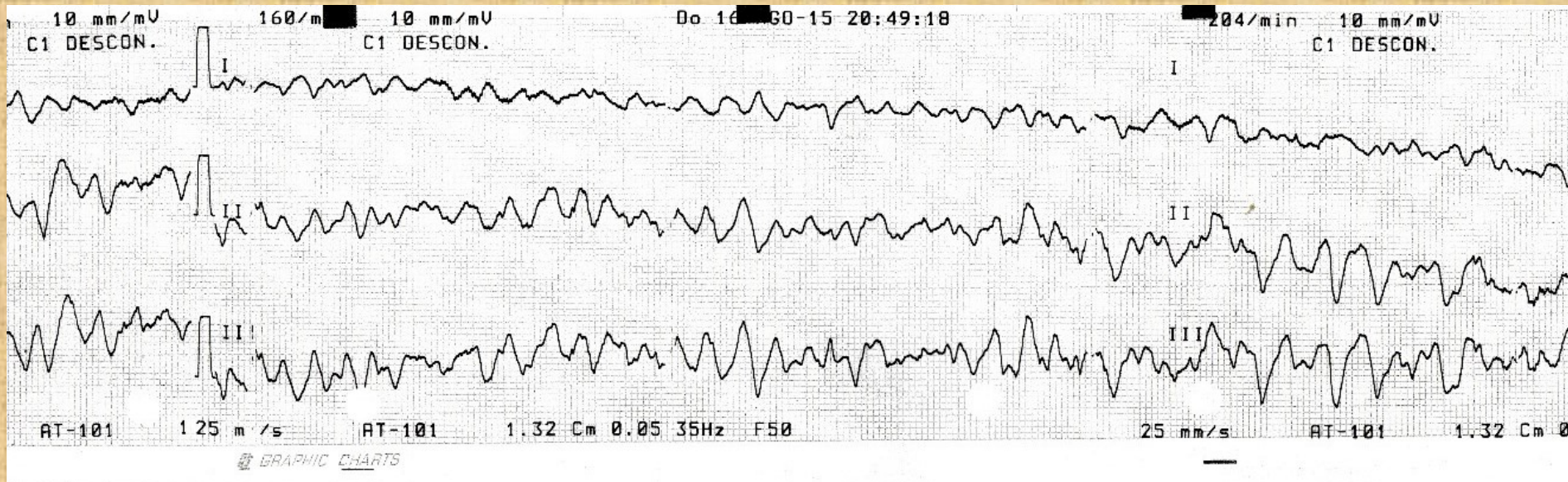
51 años
2009

- Tratamiento habitual:
 - Digoxina 0.25 mg (NO JUEVES Y DOMINGO) día
 - Losartan 50 mg día
 - Amiodarona 200 mg día
 - Espironolactona 25 mg día
 - Furosemida 40 mg día
 - Carvedilol 12.5 mg día
 - Acenocumarol según control hematológico

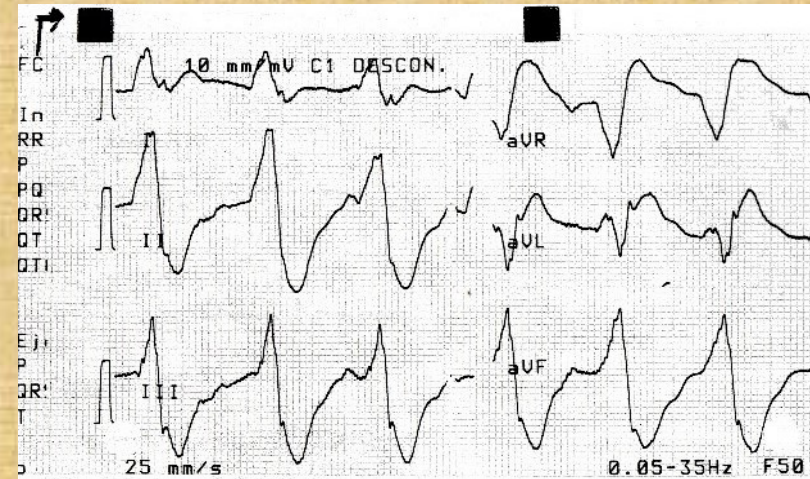
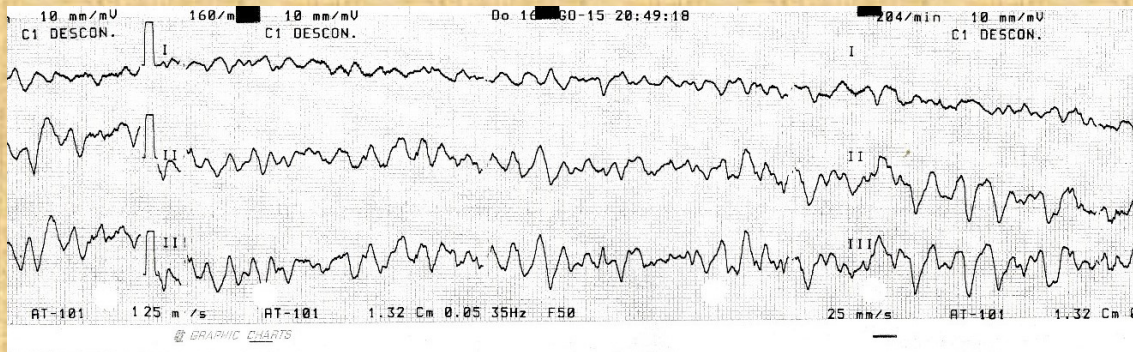
- 2013 al 2015 sin controles médicos

16/08/2015 ingresa a EMERGENCIAS

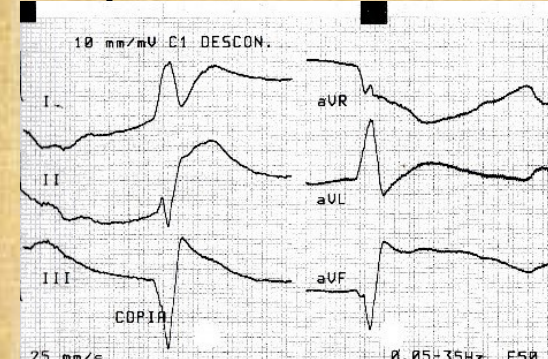
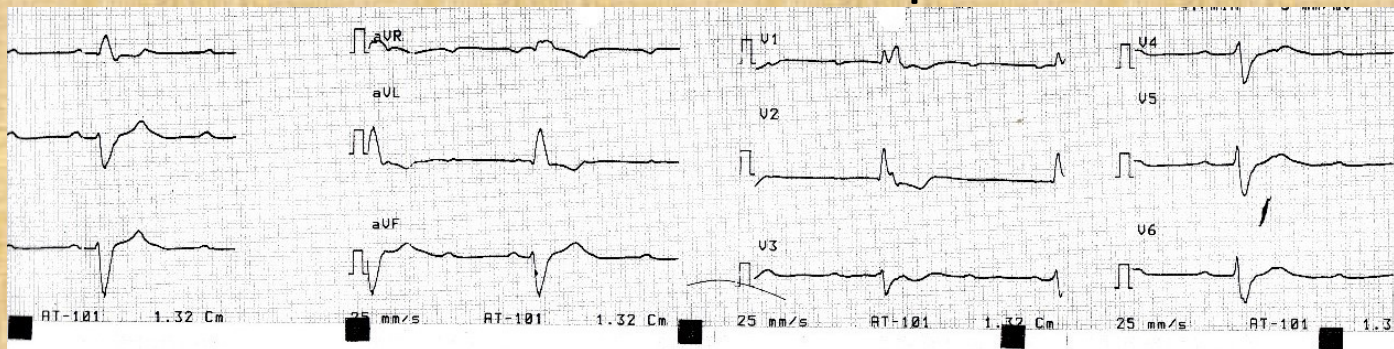
- SINCOPE con prodromos (VISION BORROSA, VOMITOS) con recuperación ad-integrum.
- Durante la evaluación en guardia presenta misma sintomatología.



- MS/TV SOSTENIDA CON DESCOMPENSACION HEMODINAMICA CON REQUERIMIENTO DE CVE X 2 (360 J)
- Asistencia Respiratoria Mecánica



- Evolucion con BAVC con requerimiento de marcapasos transitorio



17/08/2015

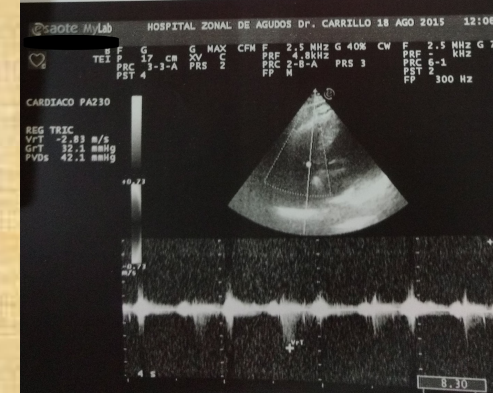
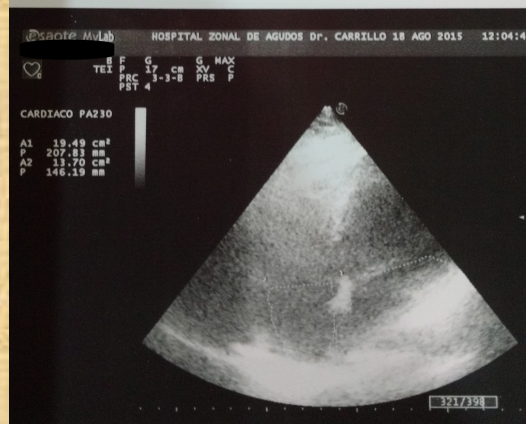
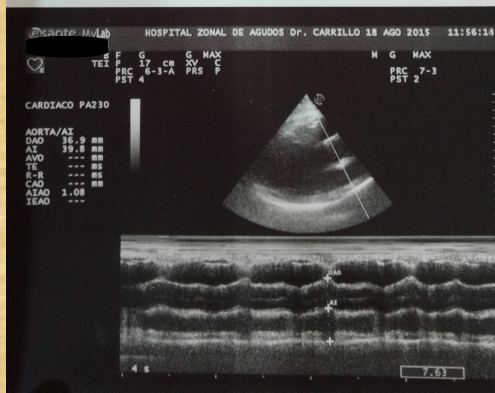
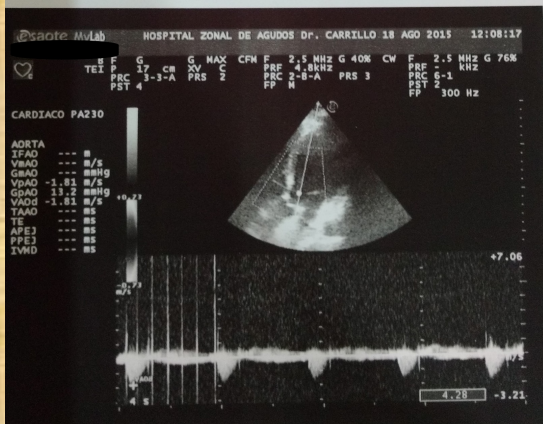
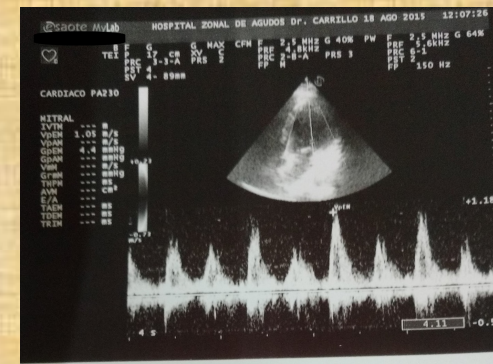
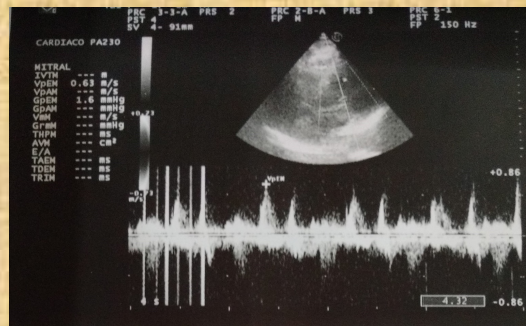
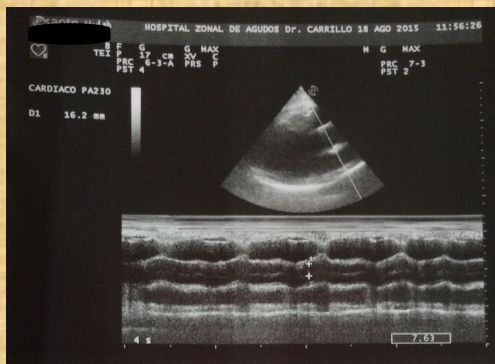
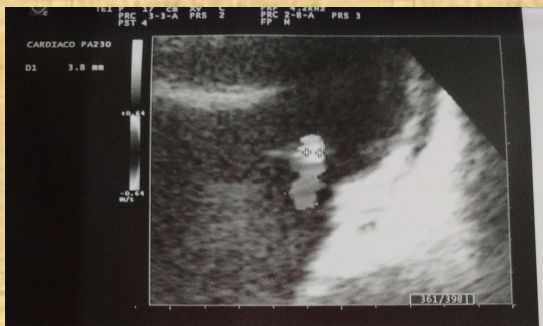
- CONTINUA EN ARM
- CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA CON VASOPRESORES Y CRONOTROPICOS.
- PRESENTA UN REGISTRO FEBRIL

Hto 41	Leu 20,500	Plaq 164,000	Tp 21%	Rin 2,85	Kptt 35	Glu 530
Ure 41	Crea 1,3	Bt 0,9	TGO 420	TGP 385	Fal 61	
Na 135	K 2,6 (3,2)	Lac 4,7				

18/08/2015

• ECOCARDIOGRAMA

DDVI 62 / DSVI 43.5 / PPD 12.5 / FAC 30 % / FEY 56 % DISKINESIA APICAL / VD 32 / IM 2º DILATACION DEL ANILLO

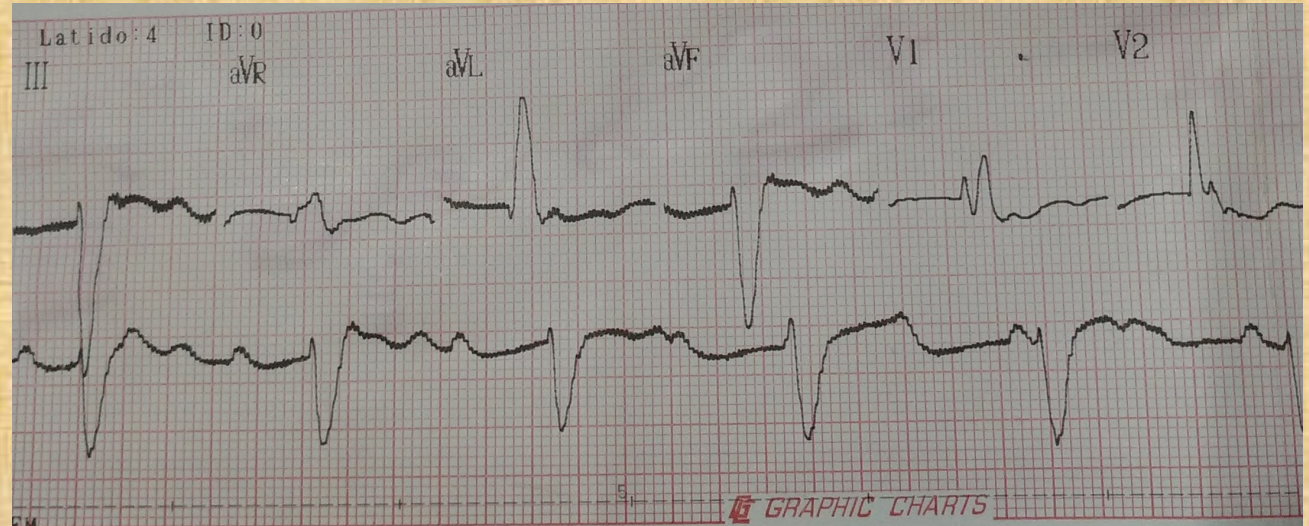
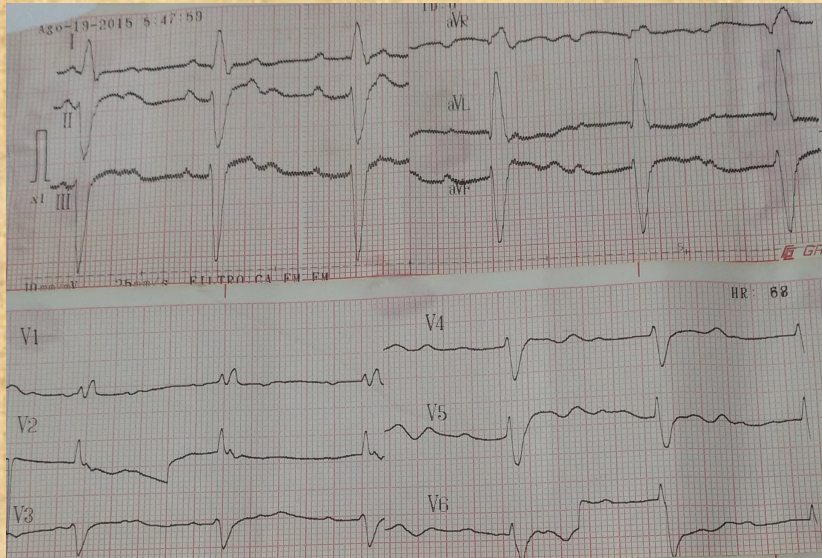


Por sme febril, se pancultiva e inicia tratamiento antibiotico

19/08/2015

FAMRV EV frecuentes, alterna con BAVC + episodios de TVNS POLIMORFA.

Se realiza tratamiento con sulfato de Magnesio



Hto 33	Leu 11,700	Plaq 45,000	Tp 54%	Rin 1,40	Kptt 25	Glu 309
Ure 54	Crea 0,7	Bt 1,1	TGO 93	TGP 181	Fal 52	
Na 143	K 3,2	Lac 1,6				

21/08/2015

Episodio de TV SOSTENIDA CON DESCOMPENSACION HEMODINAMICA

- CARDIOVERSION ELECTRICA
- BOMBA DE INFUSION CONTINUA DE AMIODARONA
- GLUCONATO DE CALCIO

Hto 34	Leu 12,100	Plaq -	Tp -	Rin -	Kptt -	Glu 190
Ure 27	Crea 0,5	Bt 1,0	TGO 92	TGP 126	Fal 64	
Na 139	K 3,3	Lac 1,0				

22/08/2015

Episodio de TAQUICARDIA VENTRICULAR SOSTENIDA

- CVE
- MANTENIMIENTO DE AMIODARONA.
- PERSISTENTEMENTE FEBRIL A FOCO RESPIRATORIO

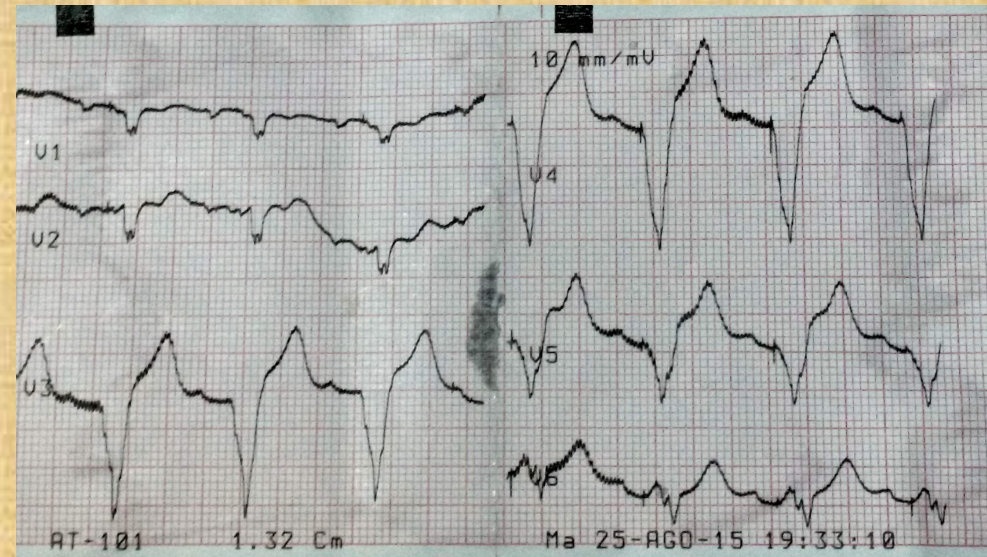
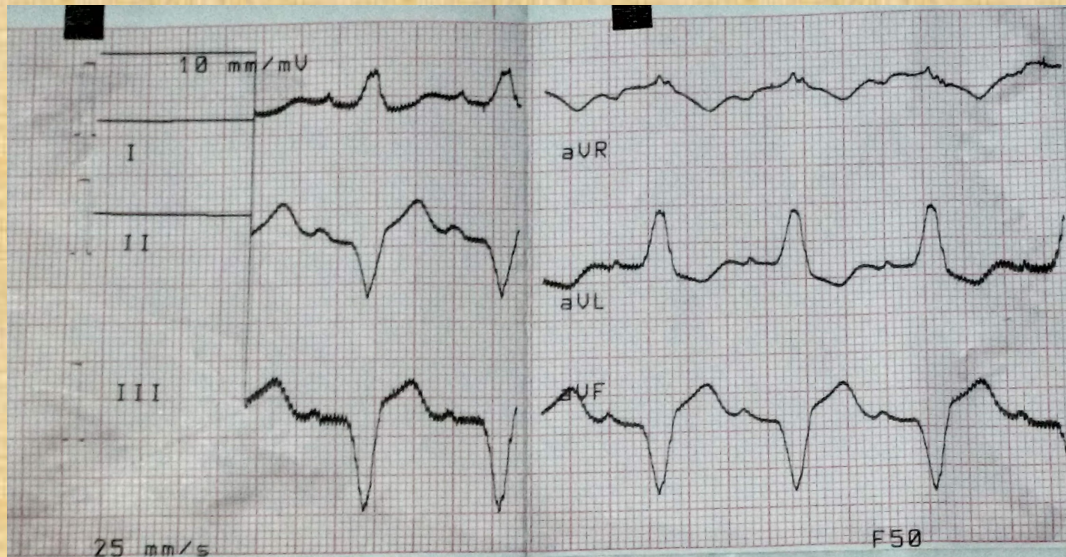
23/08/2015

Presenta reiterados episodios de TV SOSTENIDA CON DESCOMPENSACION HEMODINAMICA que requieren CVE

CONTINUA FEBRIL, SE ROTA ESQUEMA ANTIBIOTICO

25/08/2015

- Persiste febril, valores de urea u creatinina en ascenso
- Por inestabilidad eléctrica se implanta CDI a pesar del cuadro infectologico. Procedimiento sin complicaciones



31/08/2015

- Evoluciono con falla multiorgánica, síndrome febril persistente
- Presenta PCR CON DISOCIACION ELECTRO MECANICA
- ECOCARDIOGRAMA BED SIDE evidencia TAPONAMIENTO CARDIACO
- Se realiza PERICARDIOCENTESIS GUIADA BAJO ECOCARDIOGRAMA
- Persiste EN DISOCIACION ELECTROMECHANICA
- REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA SIN RESPUESTA

- OBITO
 - 1º SEPSIS CON FALLA MULTIORGANICA
 - 2º TAPONAMIENTO CARDIACO

Conclusiones

- Corrientes migracionales tanto internas como externas hacen que sea una patología cada vez mas frecuente
- Sigue constituyendo un estigma para el paciente y familiares el diagnostico o el antecedente de la enfermedad
- Es subestimada por el paciente. Tanto tiene que ver la escasa sintomatología como la falta de información
- La falta de adherencia a controles cardiológicos como al tratamiento es otro punto clave sobre el que debemos trabajar
- Las causas son multifactoriales (determinantes, no es cool, estigma, adherencia, socioeconomico).

Muchas gracias por su atención