



Ateneo clínico

Hospital C. Argerich
Residencia de cardiología
Alejandro Kim

19 de septiembre de 2017

PACIENTE	SEXO	EDAD	F.I.	ÓBITO
CP	Masculino	46	11/01/17	15/03/17

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea y fiebre

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con antecedente de EAo severa sintomática por disnea. Presenta progresión de disnea habitual CF I a III/IV de 15 días de evolución asociado a fiebre de 7 días de evolución, por lo que consulta el 10/01/17 a guardia externa de este hospital.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- Obesidad
- Diabetes tipo II, diagnosticada hace 10 años y en tratamiento con metformina

Antecedentes personales

- Estenosis aórtica severa sintomática, diagnosticada hace 4 meses en Hospital Penna en contexto de disnea CF II

Medicación habitual

- Aspirina 100 mg día VO
- Carvedilol 3.125 mg cada 12 hs VO
- Eplerenona 25 mg día VO
- Metformina 500 mg cada 12 hs VO

Estudios previos

DDVI	DSVI	SIV	PP
68 mm	57 mm	1 cm	1 cm

- Fey 38%. Hipoquinesia global
- AVA 0.57 cm²
- PSAP 70 mmHg
- Aurícula izquierda 47 cm²

Evolución en guardia externa

Se interpreta insuficiencia cardíaca descompensada secundario a neumonía adquirida de la comunidad en paciente con estenosis aórtica severa sintomática por disnea.

Se inicia tratamiento diurético EV y tratamiento antibiótico empírico dirigido a foco respiratorio. El 11/01/17 se decide internación en sala de cardiología para tratamiento y control evolutivo.

Examen físico al ingreso a sala de cardiología

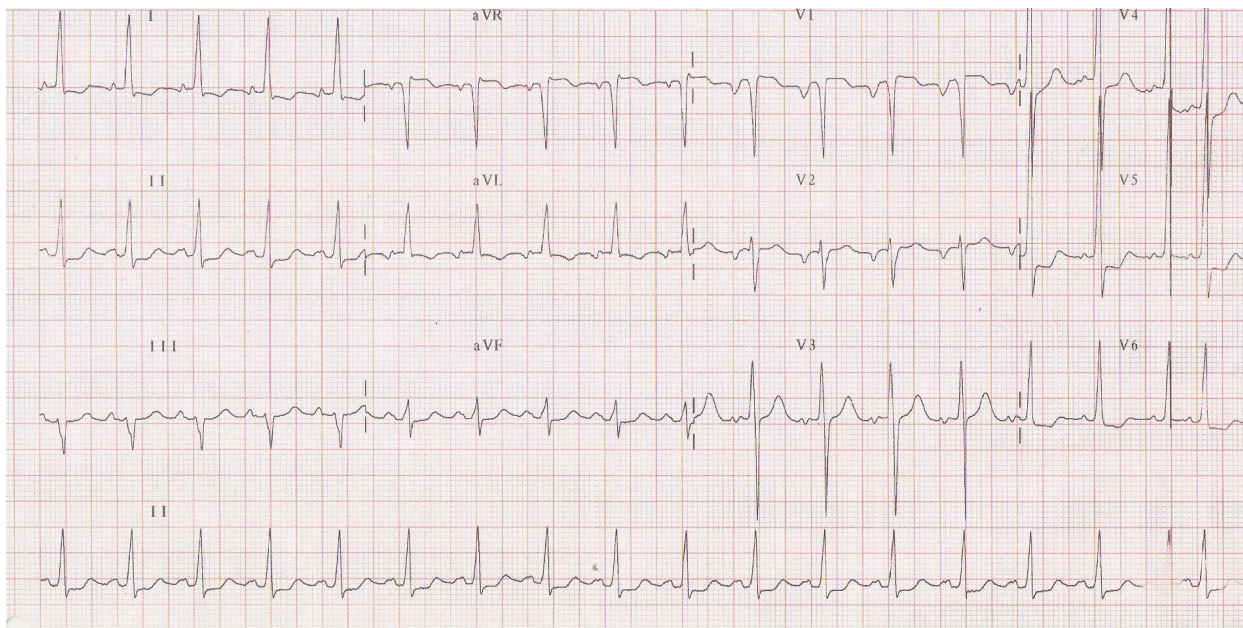
TA	FC	FR	T°	Sat	Altura	Peso	IMC
90 / 60 mmHG	140 min	22 lat/ min	38°C	97% 0.21	1.59 m	88 Kg	30 (peso seco)

- **Ap. Cardiovascular:** buena perfusión periférica, pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos, parvus y tardus. IY 2/3 sin colapso inspiratorio, RHY negativo. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, soplo holosistólico en foco aórtico irradiado a cuello. Edemas en MMII 3/6.
- **Ap. Respiratorio:** regular mecánica ventilatoria por taquipnea, hipoventilación bibasal y crepitantes bibasales hasta campos medios.
- **Abdomen:** blando, depresible, indoloro, RHA positivos, hígado no palpable.
- **Neurológico:** lúcido, sin signos de foco motor, ni signos menígeos.

RADIOGRAFIA DE TORAX C.P. INGRESO



ECG AL



INGRESO C.P. INGRESO

Evolución en sala de cardiología 11/01/17 al 23/01/17

- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable y afebril.
- Completo tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam y claritromicina.
- Realiza balance negativo 11.5 kg (peso 76.5 kg) en 12 días. Presenta disminución de los signos de sobrecarga.
- Se solicita derivación al Hospital Cruce, para realizar cirugía de reemplazo de válvula aórtica mecánica.
- STS 1.3% Euroscore 2.59% Argen Score 11.5 (0.82%).
- El 12/01/17 se realiza ecocardiograma.

Ecocardiograma doppler 12/01/17

DDVI	DSVI	SIV	PP
58 mm	48 mm	1 cm	1 cm
AVA	Gradiente máximo	Gradiente medio	Velocidad pico
0.75 cm ²	86.7 mmHg	57.3 mmHg	4.66 m/seg

- Cavidad ventricular izquierda levemente dilatada.
- Ventrículo izquierdo con grosor parietal normal y función sistólica severamente deprimida.
- Hipoquinesia global.
- Patrón de llenado mitral restrictivo.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada (31.9 cm²)

- Insuficiencia tricuspídea moderada, que permite estimar una PSAP de 65 mmHg.
- Ventrículo derecho con grosor parietal y función sistólica normales.
- Válvula aórtica severamente calcificada que no permite evaluar su anatomía, con estenosis severa (AVA 0.7, gradiente máximo 71.3 mmHg y gradiente medio 51.3 mmHg)

Evolución sala de cardiología 24/01/17 al 08/03/17

- Paciente continúa internación a la espera de derivación a Hospital Cruce
- Se realizan estudios pre-quirúrgicos.
- No presenta interurrencias agudas

Cinecoronariografía 10/02/17

- Tronco de coronaria izquierda: no presenta lesiones angiográficas significativas.
- Arteria descendente anterior: de normal calibre. No presenta lesiones angiográficas significativas.
- Arteria circunfleja: no presenta lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria coronaria derecha: de gran calibre. No presenta lesiones angiográficamente significativas.

Evolución en sala de cardiología 02/03/17 al 09/03/17

- A la espera de derivación al Hospital Cruce, evoluciona con signos de insuficiencia cardíaca con regular respuesta a diuréticos EV.
- El día 9/3/17 presenta signos de bajo gasto cardíaco, pulsos periféricos disminuidos, frialdad distal, oligoanuria, hipotensión arterial, por lo cual se decide su pase a unidad coronaria.

Ingreso a unidad coronaria 09/03/17

- A su ingreso a unidad coronaria se constata:
- TA 75/46 mmHg FC 105 lat/min FR 20 crp/min T 36.3°C Saturación 94% 0.21
- Se coloca vía central yugular posterior derecha. Presenta SVc 55%. Gasto cardíaco por Principio de Fick: 1.7.
- Se interpreta shock cardiogénico, por lo que se inicia infusión de milrinona, noradrenalina y furosemida.
- El 10/03/17 se realiza valvuloplastia de urgencia con balón n° 25, como puente a cirugía de reemplazo valvular aórtico.

Valvuloplastia 10/03/17

- Gradiente pre-valvuloplastia: 85 mmHg
- Gradiente post-valvuloplastia: 39 mmHg

Unidad coronaria 10/03/17 al 15/03/17

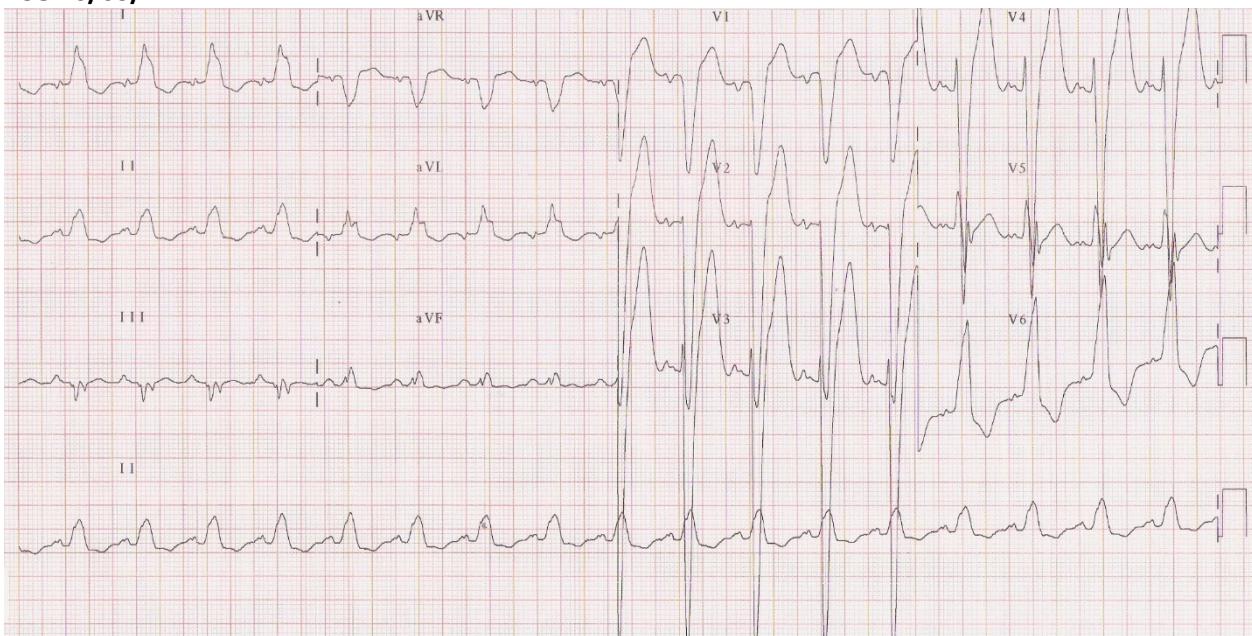
- Post-valvuloplastia complica con bloqueo completo de rama izquierda.
- Evoluciona en mal estado general, hemodinámicamente compensado continuando con drogas inotrópicas y vasopresoras.
- El 14/03/17 intercorre con episodio de disnea súbita, desaturación (74% al 0.21), asociado a registros febriles y posterior paro cardiorrespiratorio en ritmo de FV. Se inician maniobras de RCP avanzado, CVE con 1000 Joules exitosa. Se indica amiodarona, dobutamina, y se realiza IOT/ARM.
- Se decide colocación de catéter Swan Ganz para diagnóstico y optimización de control hemodinámico.
- Se toman cultivos y se indica PTZ-vancomicina.

Swan ganz

TA	FC	PVC	PAP	Wedge	GC	IC	RVS	RVP	IVS	SVc	Drogas
95/47 (63)	147	13	43/30 (34)	18	3.8	2.4	1052	337	14		NA 0.4 DBT 8
100/60 (65)	141	8	38/29 (32)	17	3.9	2.1	1169	308	13.6		NA 0.7 DBT 8
82/40 (54)	148	7	30/21 (24)	11	5.4	2.9	696	190	15		NA 0.7 Milri 0.7 DBT 2
92/49 (63)	148	8	45/35	22	5.1	2.8	862	204	17		Na 1 Milri 0.7
85/41 (56)	138	8	48/27	22	5	2.7	850	201	16		NA 1 Milri 0.7 Furo ¼



ECG 10/03/17



Ecocardiograma doppler 13/03/17

DDVI	DSVI	SIV	PP
60 mm	46 mm	1.13 cm	0.85 cm
AVA	Gradiente máximo	Gradiente medio	Velocidad pico
0.83 cm ²	58.1 mmHg	41.8 mmHg	3.81 m/seg

- Ventrículo izquierdo levemente dilatado con hipertrofia excéntrica. Función sistólica severamente deprimida. Fey 29%. Hipoquinesia global.
- Patrón de llenado restrictivo.
- Disfunción sistólica leve del ventrículo derecho. TAPSE 14 mm.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada. 34 cm²
- Aurícula derecha levemente dilatada. 25 cm²
- PSAP 39 mmHg

Unidad coronaria 15/03/17

- Paciente evoluciona en mal estado general, refractario a dosis máximas de inotrópicos y vasopresores, hemodinámicamente inestable, persistentemente febril.
- Siendo las 08:10 hs se evidencia asistolia por monitor, se realiza maniobras de RCP avanzado, sin éxito. Constatándose óbito a las 08:50 hs.

Indicaciones 15/03/17

- Nada vía oral
- Midazolam 10 amp en 250 mL dx 5% por BIC
- Fentanilo 4 amp en 250 mL dx 5% por BIC
- Atracurio 5 amp en 250 mL dx 5% por BIC
- Milrinona 50 mg en 50 mL dx 5% por BIC
- Noradrenalina 16 mg en 250 mL dx 5% por BIC
- Furosemida 25 amp en 50 mL SF por BIC
- PTZ 2.25 gr cada 8 hs EV
- Vancomicina 1 gr día EV