



ATENEO CLÍNICO

ESTRELLA MARÍA LAURA
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

03/05/2017

Paciente: GJC	Edad: 54 años	Sexo: masculino
Fecha de ingreso: 22-03-17	Fecha de óbito: 22-03-17	

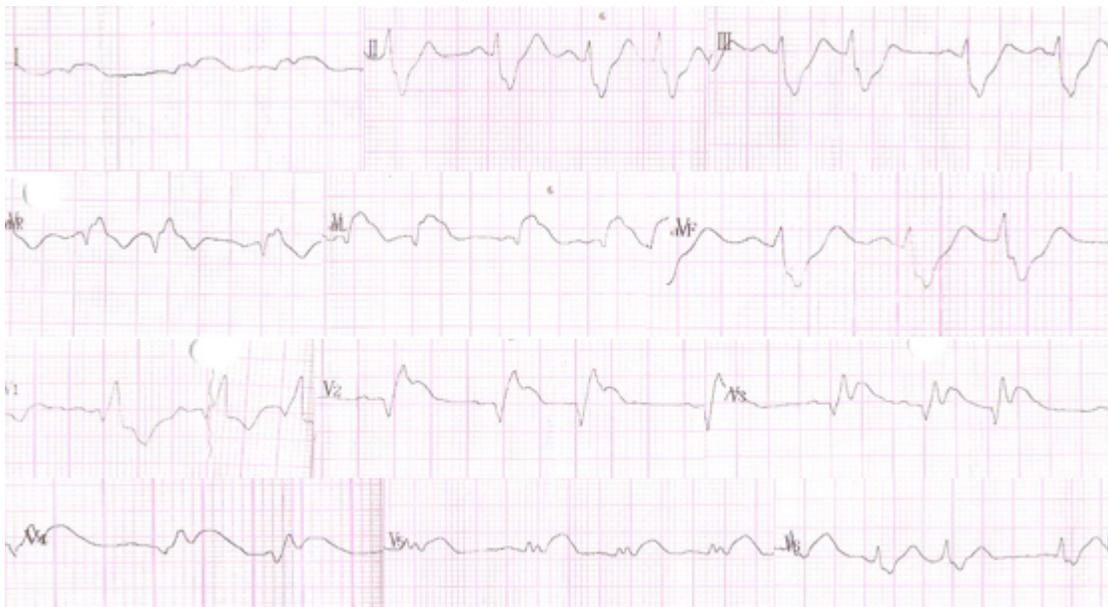
Motivo de consulta: Náuseas y vómitos.

Enfermedad actual:

Interrogatorio indirecto a familiar, quien refiere que el paciente presenta náuseas y vómitos, sudoración profusa y malestar general en contexto de esfuerzo en CFII. Por tal motivo, es traído en ambulancia de SAME a guardia externa de este Hospital.

A su ingreso, se encuentra hipotenso (TA: 85/50 mmHg), con signos de mala perfusión periférica, con un ECG que muestra injuria subepicárdica antero-lateral, por cual se decide realizar cinecoronariografía de urgencia.

ECG ingreso a guardia externa



ANTECEDENTES PERSONALES

Factores de riesgo cardiovascular

- Hipertensión arterial en tratamiento
- Dislipemia
- Ex tabaquista (20 paquetes/año)

Antecedentes de enfermedad actual

- IAM anterior (2015) con ATC primaria a tercio proximal de DA con stent tipo DES.
- ARC (2015) con posterior colocación de 2 stents DES en TCI y circunfleja.
- ARC (2016) de moderado riesgo, donde se otorga alta voluntaria.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

- Ecocardiograma transtorácico (2015)

DDVI: 51 mm	DSVI: 31 mm	SIV: 12 mm	PP: 10 mm
--------------------	--------------------	-------------------	------------------

Función sistólica del VI de 65%, sin alteraciones segmentarias, válvulas sin particularidades.

MEDICACIÓN HABITUAL

- AAS 100 mg día
- ATORVASTATINA 80 mg día
- TICAGRELOR 90 mg cada 12 hs

- ENALAPRIL 2,5 mg cada 12 hs
- BISOPROLOL 2,5 mg cada 12 hs

Evolución guardia externa-Hemodinamia 22-03-17

- Presenta previo al ingreso a hemodinamia, PCR en contexto de FV, con CVE en 3 oportunidades.
- Evoluciona con shock cardiogénico, decidiendo intubación orotraqueal y colocación de balón de contrapulsación intraaórtico previa realización de cinecoronariografía.

Evolución guardia externa-Hemodinamia 22-03-17

- Se evidencia oclusión proximal de tronco de coronaria izquierda intrastent, realizándose angioplastia con balón a dicha lesión.
- Por presentar imagen de trombosis coronaria extensa, se administra bolo de tirofiban y posteriormente estreptoquinasa intracoronaria (250.000 UI), con angiografía control de arterias descendente anterior y circunfleja permeables, TIMI II, sin lesión residual, ingresando post procedimiento a UCO.

Tiempos de hemodinamia 22-03-17

- **Comienzo de los síntomas:** 13.30 hs
- **Ingreso al Hospital:** 14:30 hs
- **Ingreso a Hemodinamia:** 15:20 hs
- **Inflado de Balón:** 16:30 hs
- **Ingreso a UCO:** 17:45 hs
- **Tiempo ventana:** 3 horas
- **Puerta balón:** 2 horas

Examen físico ingreso a UCO 22-03-17

TA: 70/40 mmHg	FC: 110 lpm	FR: 20 cpm	T°: 36°C	SatO2: 95% (0,21%)
Peso: 85 Kg	Altura: 1,82 m	IMC: 25,67		

Cardiovascular: Mala perfusión periférica. Ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio sin RHY, pulsos periféricos débiles, latido apexiano en 5° EIC LAA, R1 y R2 normofonéticos, silencios ocupados por insuflación de balón de contrapulsación.

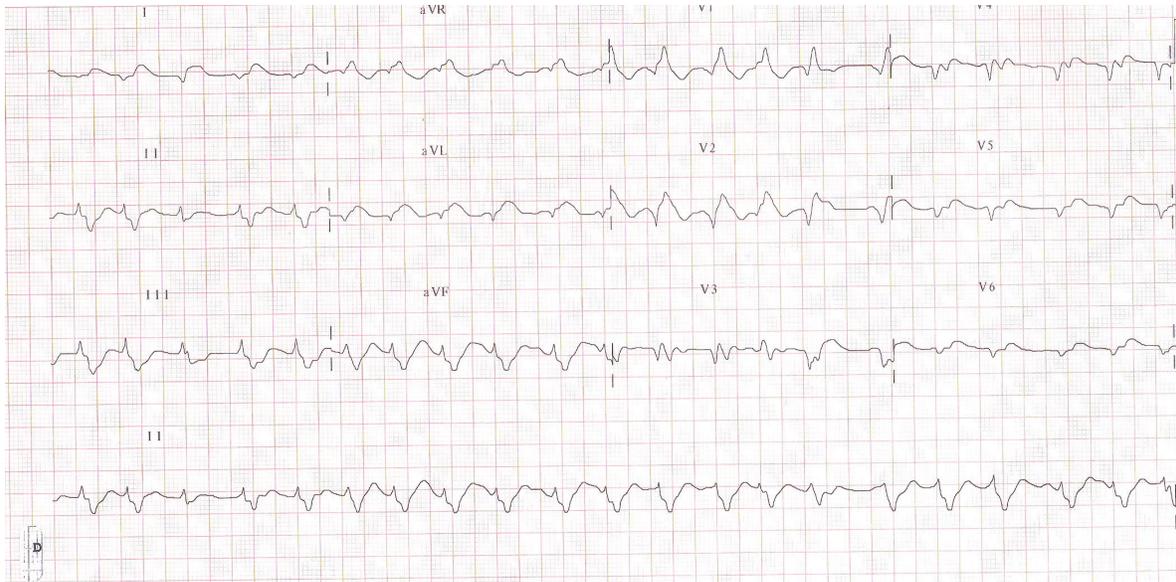
Respiratorio: En ARM, adaptado, buena entrada de aire bilateral, rales crepitantes bibasales.

Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes.

Neurológico: Bajo sedoanalgesia, RASS -5, pupilas puntiformes, isocóricas, hiporeactivas.

Piel y Partes blandas: Frialidad distal, presencia de introductor femoral derecho.

ECG de ingreso a UCO 22-03-17



EVOLUCION EN UCO 22-03-17

- Ingresa con marcada inestabilidad hemodinámicamente, con drogas vasoactivas/inotrópicas en ascenso (bomba de adrenalina, dobutamina, noradrenalina), en ARM.
- Presenta nuevo PCR en contexto de FV, realizándose maniobras de RCP básicas y avanzadas, CVE mayor 2000 J sin éxito. Se consta óbito a las 18.40 hs.