



# **ATENEO CLÍNICO ANATOMOPATOLÓGICO**

**Hospital Dr. Cosme Argerich.  
Servicio de Cardiología**

**Miguel Federico Albornoz**

**09/05/2012**

**PACIENTE:** M.S. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 76 años

**Fecha de ingreso:** 06/06/2011 **Fecha de óbito:** 07/06/2011

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Deterioro del sensorio.

**ENFERMEDAD ACTUAL (interrogatorio indirecto a familiar):**

Familiar refiere haber encontrado a la paciente con tendencia al sueño el 05/06 a las 12.30 hs. por lo que solicita evaluación por médico de obra social, quien constata hipotensión y bradicardia.

Por persistencia del cuadro clínico, a las 20.00 hs es trasladada a guardia externa del Hospital Tornú donde se realiza ECG observándose injuria subepicárdica infero-posterior con compromiso eléctrico del ventrículo derecho, solicitándose derivación a este centro para CCG y eventual angioplastia.

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

No presenta.

**FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:**

Hipertensión arterial.

Dislipemia.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Demencia secundaria a Enfermedad de Alzheimer diagnosticada 2009.

Residente de geriátrico.

**TRATAMIENTO HABITUAL:**

Enalapril 2.5 mg/día. Rosuvastatina 5 mg/día. Memantine 20 mg/día. Paroxetina 30 mg/día. Quetiapina 50 mg/día. Mirtazapina 15 mg/día. Donepecilo 10 mg/día.

### **INGRESO A SALA DE HEMODINAMIA**

Se constata paciente con deterioro del sensorio, mala perfusión periférica, hipotensa (TA 65/35) y bradicárdica (41 lpm), con escasa respuesta cronotrópica y vasopresora a la dopamina. Se coloca marcapasos transitorio por radioscopia y se inicia infusión de noradrenalina por BIC.

### **TIEMPOS**

Tiempo de ventana estimado: 12.20 hs. Tiempo de puerta-balón: 4.20 hs.

### **INFORME DE CINECORONARIOGRAFÍA**

- Tronco coronario izquierdo: sin lesiones angiográficamente significativas.
- Descendente anterior: ocluida en tercio medio, luego del nacimiento de un ramo diagonal de gran calibre. Posteriormente se re canaliza, lecho distal se observa de forma tenue.
- Circunfleja: sin lesiones angiográficamente significativas.
- Coronaria derecha: ocluida en su tercio proximal.
- VTG: Hipocinesia inferobasal, inferomedial e inferoapical.

#### **CONCLUSIONES:**

- Enfermedad de dos vasos.
- Deterioro moderado de la función sistólica del VI.

**Se realiza ATC primaria con stent metálico a CD tercio proximal exitosa con tromboaspiración distal al stent.**

### **EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A UNIDAD CORONARIA**

**TA: 111/72 mmHg**

**FC: 84 lpm**

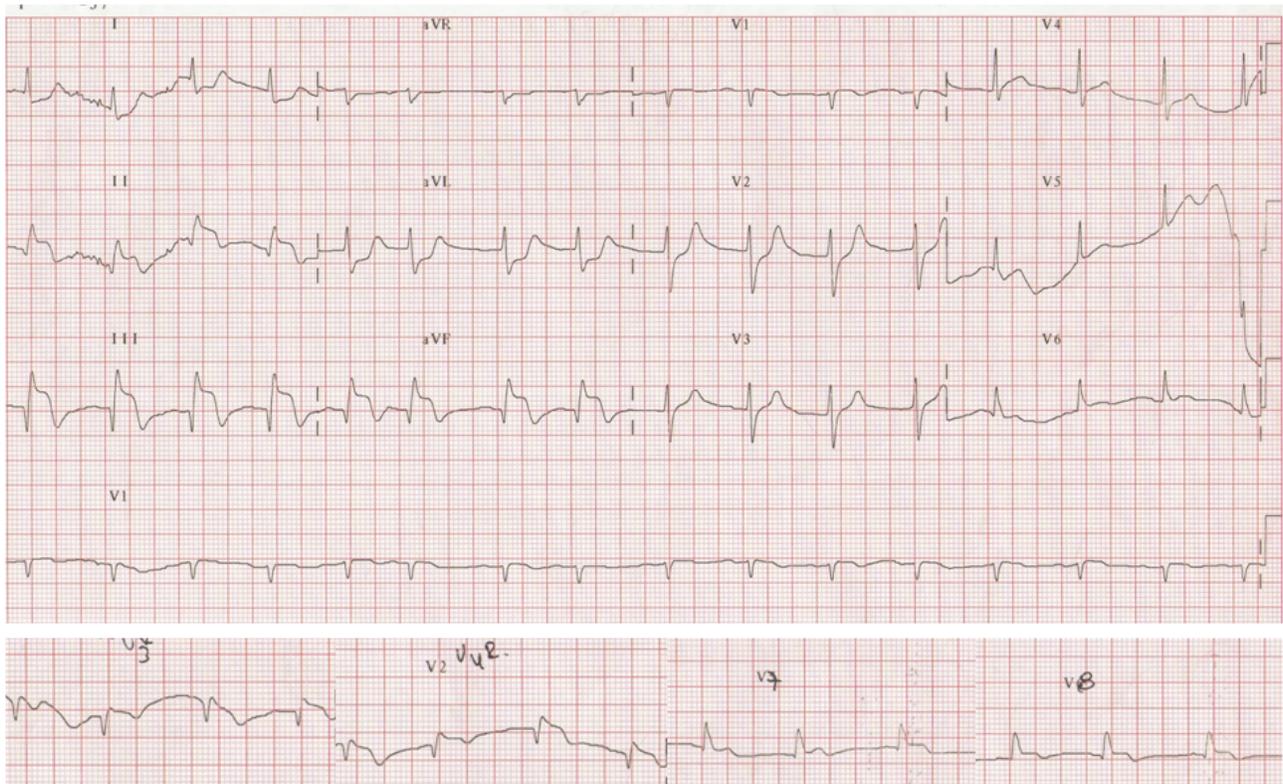
**FR: 18 cpm**

**T: 36°C**

### **Con Noradrenalina 0,5 ugr/kg/min.**

- **Ap. Cardiovascular:** Mala perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio parcial. RHY presente. Pulsos periféricos disminuidos e irregulares, choque de punta palpable en 5° EIC LMC. R1 y R2 variables en 4 focos, sin R3 o R4, silencios impresionan libres.
- **Ap. Respiratorio:** Regular mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, hipoventilación bibasal.
- **Abdomen:** Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Sin signos de reacción peritoneal.
- **Ap. Neurológico:** Vigil. Desorientada en espacio y tiempo. Pupilas isocóricas reactivas. Sin signos de foco motor ni meníngeo.

### **ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UNIDAD CORONARIA**



### **EVOLUCIÓN**

- Se interpreta cuadro como IAM inferior con compromiso eléctrico y mecánico del ventrículo derecho, requerimiento de inotrópicos y marcapasos en forma transitoria durante angioplastia.

- Evolucionada con hipotensión arterial por lo que se coloca acceso venoso central realizándose expansiones controladas hasta PVC de 19 cm H<sub>2</sub>O con escasa respuesta.
- Se obtiene saturación venosa central de 44%, iniciándose infusión de dobutamina en dosis crecientes.
- Por deterioro progresivo del sensorio y mala mecánica ventilatoria, se realiza intubación orotraqueal y conexión a ARM.
- Por interpretarse ritmo de FA en ECG de ingreso, se realiza CVE con 360 J, exitosa.
- Por evolución clínica desfavorable, con requerimiento de dobutamina y noradrenalina en dosis elevadas, se decide colocación de catéter de Swan Ganz.

| o6/o6<br>Hora | TAM             | FC  | PVC | PAP           | PW | GC/IC   | RVS  | RVP | SVC | SaO <sub>2</sub> | Diu | Tto                                      |
|---------------|-----------------|-----|-----|---------------|----|---------|------|-----|-----|------------------|-----|--|
| 12:00         | 130/66<br>(101) | 88  | 19  | -             | -  | 2.7/1.4 | 2803 | -   | 39  | 99               | 250 | DBT 20<br>NA 0.9<br>Furo 1 g<br>Exp 1000 |
| 15:00         | 122/73<br>(85)  | 75  | 16  | 33/20<br>(25) | 17 | 1.4/0.8 | 4000 | 171 | 29  | 98               | 350 | DBT 20<br>NA 0.7<br>Furo 1 g<br>Exp 1000 |
| 18:00         | 80/50<br>(56)   | 94  | 17  | 25/19<br>(22) | 17 | 2.2/1.2 | 1418 | 181 | 62  | 97               | 600 | DBT 20<br>NA 0.6<br>MLR 0.7<br>Furo 1 g  |
| 21:00         | 75/51<br>(59)   | 106 | 21  | 32/24<br>(27) | 22 | 2.6/1.5 | 1169 | 153 | 35  | 97               | 750 | DBT 20<br>NA 1.6<br>Furo 1g<br>MLR 0.7   |

- Por patrón hemodinámico sugestivo de taponamiento cardíaco se realiza ecocardiograma.

### **ECOCARDIOGRAMA 06/06/11**

| DDVD         | DDVI         | DSVI         | FAC         | SIV          | PP          | AI           | Ao           |
|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| <b>21 mm</b> | <b>39 mm</b> | <b>29 mm</b> | <b>23 %</b> | <b>16 mm</b> | <b>8 mm</b> | <b>29 mm</b> | <b>31 mm</b> |

- VI no dilatado con hipertrofia a predominio septal basal.

- Acinesia inferior, hipocinesia posterior y septal posterior.
- Deterioro moderado de la función sistólica global.
- Cavidades derechas no dilatadas con disfunción sistólica del VD. TAPSE 14 mm.
- Calcificación del anillo mitral, esclerosis de la válvula aórtica.
- Derrame pericárdico severo sin signos de taponamiento.

## **EVOLUCIÓN**

Paciente evoluciona hemodinámicamente inestable, oligoanúrica, con hipotensión refractaria a inotrópicos en dosis máximas. Familiares solicitan limitación del esfuerzo terapéutico evitando realizar maniobras invasivas.

El 07/06 a las 5.00 hs presenta paro cardiorrespiratorio en contexto de asistolia, constatándose óbito el 07/06 a las 5.45 hs.

## **LABORATORIO**

|             | 06/06      | 07/06    |           | 06/06       | 07/06       |
|-------------|------------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Hto         | 36         | 27       | pH        | 7.37        | 7.26        |
| Leu         | 8500       | 12300    | pCO2      | 35          | 30          |
| Pla         | 170000     | 110000   | pO2       | 82          | 200         |
| Glu         | 304        | 684      | HCO3-     | 20          | 13          |
| Urea        | 50         | 57       | EB        | -4.6        | -13         |
| Crea        | 0.84       | 1.54     | Sat. O2   | 96          | 99%         |
| TP/KPTT/RIN | 70/28/1.25 | -        | Ionograma | 137/3.54/99 | 132/3.66/98 |
| CK/CKMB     | 1263/237   | 1668/241 | 988/133   |             |             |
| TnT         | >2000      |          |           |             |             |