



ATENEO ANATOMO - PATOLÓGICO

Hospital Dr. Cosme Argerich.

Servicio de Cardiología

Martín Hernán Medawar

04/07/2012

PACIENTE: V.E. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 58 años

Fecha de ingreso: 25/04/2011 **Fecha de óbito:** 09/05/2011

MOTIVO DE INTERNACION:

Angor y disnea de reposo.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere comenzar con angor característico en reposo, de intensidad 10/10, sin irradiación, asociado a disnea de una hora de evolución. Por eso motivo consulta a Guardia Externa de este hospital, donde se realiza ECG que evidencia BCRD y supra desnivel del segmento ST en DIII y AVR. Se interpreta cuadro como angina inestable de alto riesgo por signos de falla de bomba. Por intolerancia al decúbito, se decide inicialmente su ingreso a UCO para estabilización hemodinámica, y eventual cinecoronariografía.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Angor ante esfuerzos habituales, de intensidad 4-5/10, que cede con el reposo en 15 minutos, asociado a disnea, de 1 mes de evolución.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

DBT II no insulino requiriente, discontinuó tratamiento hace 2 años.

TBQ severo (80 paquetes/año).

OTROS ANTECEDENTES:

Consumo ocasional de cocaína hasta hace 2 meses.

Enolismo (70 g/día) de 30 años de evolución.

MEDICACIÓN HABITUAL:

No refiere.

EXAMEN FISICO AL INGRESO

TA: 122/74

FC: 120 lpm

FR: 24 cpm

T: 36°C

SAT 97% (0,5)

Cardiovascular: Regular perfusión periférica. IY 2/3 con colapso inspiratorio parcial, RHY ausente. Choque de punta palpable en 5° EIC LMC. Pulsos periféricos presentes y simétricos. R1 R2 en 4 focos, R3 presente. No se auscultan soplos.

Piel y TCS: Sin lesiones. Sin edemas periféricos.

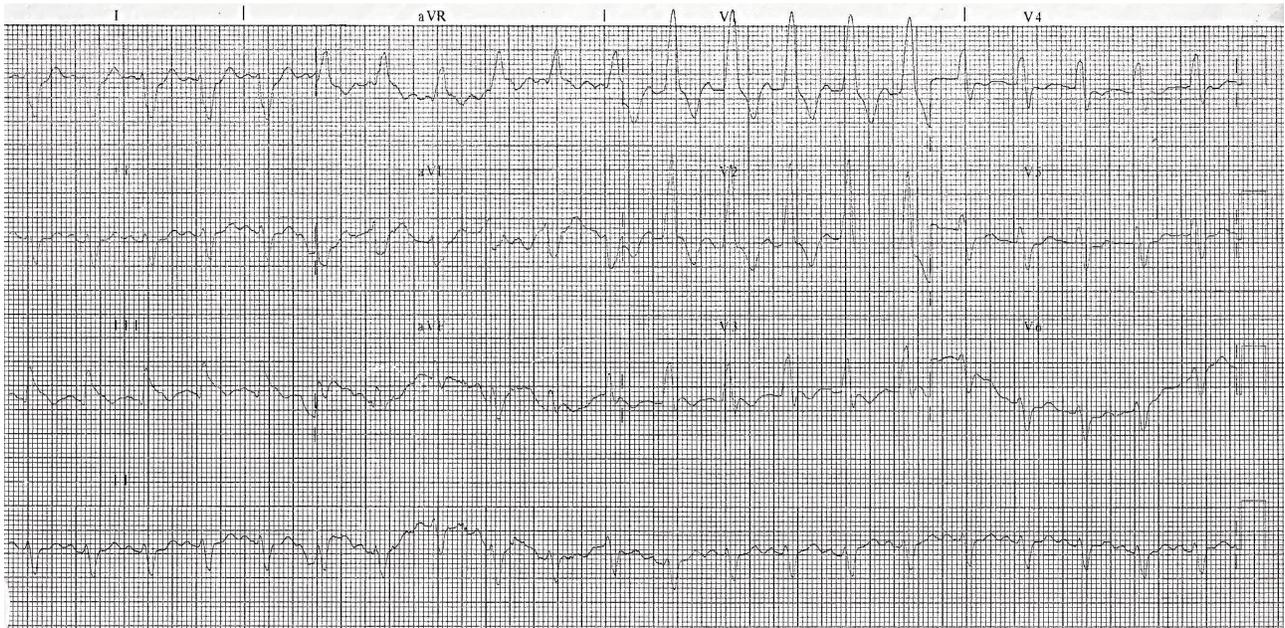
Respiratorio: Ortopnea. Regular mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, rales crepitantes hasta ambos campos medios.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias. RHA presentes.

Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor, sensitivo o meníngeo.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UCO

25/04/11

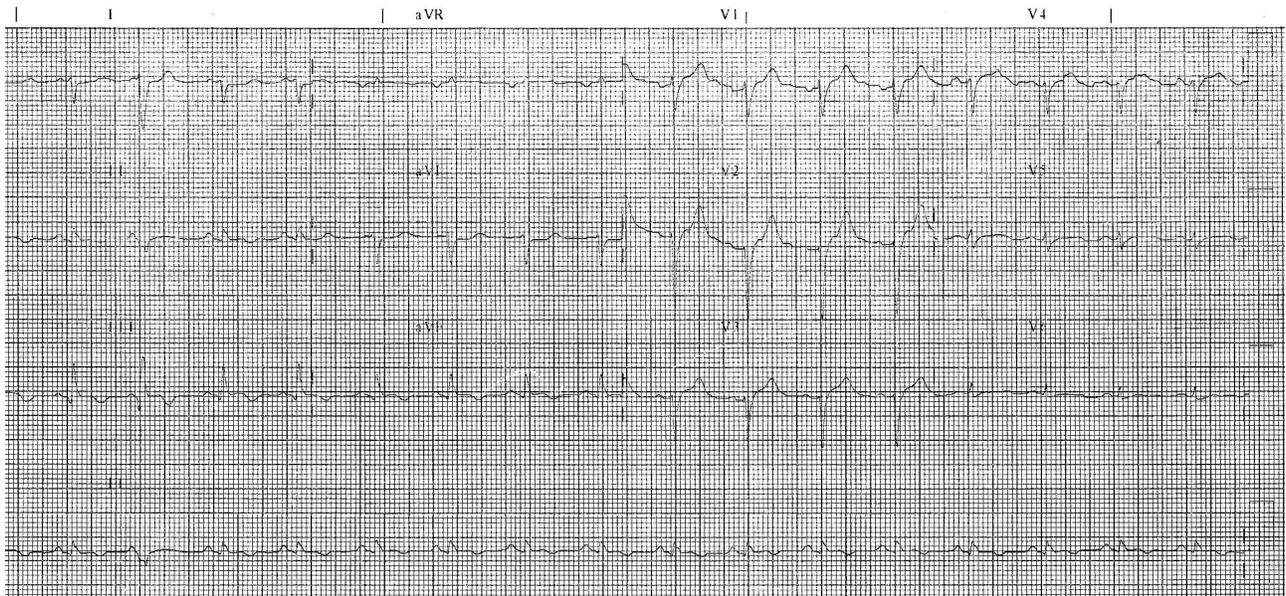


EVOLUCIÓN

■ 25/04/11

- Se inicia tratamiento diurético EV en infusión continua, doble antiagregación, anticoagulación y NTG, cediendo el angor y mejorando los signos de falla de bomba.
- Por registros de hipotensión arterial se suspende tratamiento vasodilatador. Se coloca catéter venoso central que evidencia PVC 6 cm H₂O y SVO₂ 63%.
- Evoluciona con hipotensión sostenida con requerimiento de inotrópicos y vasopresores (noradrenalina y dobutamina).
- Se recibe primer juego enzimático: CPK 529 (MB 79), reinterpretándose cuadro como IAM KKD.

ELECTROCARDIOGRAMA 26/04/11



EVOLUCIÓN

- 26/04/11
 - Paciente continúa con requerimiento de inotrópicos en dosis elevadas. Por desaturación arterial y tolerancia parcial al decúbito se realizan ciclos de VNI, con adecuada respuesta.

- Presenta registros persistentes de glucemia mayores a 300 mg/dl, por lo que se inicia insulina en bomba de infusión.
- Se realiza cinecoronariografía.

CINECORONARIOGRAFÍA

■ **Arteria Coronaria Izquierda:**

- Tronco: Sin lesiones angiográficamente significativas.
- Arteria Descendente Anterior: Presenta a nivel proximal 3 lesiones severas en tándem, luego de lo cual continúa con fino calibre.
- Arteria Circunfleja: Ocluída a nivel proximal.

■ **Arteria Coronaria Derecha:**

- Dominante. Presenta una lesión significativa a nivel del tercio medio, ocluída a nivel distal.

■ **Conclusiones:**

- Aterosclerosis coronaria.
- Enfermedad de 3 vasos

ECOCARDIOGRAMA 26/04/11

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	Ao
49 mm			11 mm	8 mm	34 mm	33 mm

- Inadecuada ventana acústica.

- Cavidades cardíacas de diámetros y grosor parietal normales.
- Deterioro severo de la función sistólica global del VI. Aquinesia de todos los segmentos medios y apicales y de los segmentos basales inferior, posterior y del septum inferior. Hipoquinesia basal anterior y del septum anterior.
- Se observa imagen hipoecoica a nivel inferoapical en vista de 3 cámaras que en el contexto clínico del paciente podría corresponder a un trombo.
- No se observan regurgitaciones significativas.
- Pericardio libre.

EVOLUCIÓN

- 26/04/11 – 27/04/11
 - Por inestabilidad hemodinámica y falta de disponibilidad de BCIAo no se realiza angioplastia. Se decide continuar tratamiento médico hasta estabilización clínica y hemodinámica, y eventual CRM según evolución.
 - El paciente evoluciona taquicárdico (FC > 120 lpm) con requerimientos de dobutamina hasta 20 gammas/kg/min, por lo que se agrega milrinona al tratamiento inotrópico.
 - Para mejor manejo hemodinámico se coloca catéter de Swan-Ganz.

- 27/04/11 – 02/05/11
 - Evoluciona favorablemente, realizando balance negativo con dosis decreciente de diuréticos e inotrópicos.
 - Se suspende noradrenalina, se reduce dosis de dobutamina.

Fecha	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SaO ₂	TTO
27/04 18:30 hs	122/68 (84)	121	8	40/27 (36)	24	4,1/2,2	1404	234	65	97	DBT 14 MLR 0,55 NA 0,4 FURO 1
27/04 23:00 hs	98/64 (74)	116	9	32/21 (26)	20	3,7/2,08	1405	129	63	97	DBT 14 MLR 0,55 NA 0,22 FURO 1
28/04 14:00 hs	97/63 (75)	113	11	34/25 (28)	24	4,3/2,4	1190	19	67	97	DBT 14 MLR 0,55 NA 0,18 FURO 0,5
29/04 08:00 hs	97/62 (74)	112	15	40/31 (34)	28	3,6/2	1311	44	62	98	DBT 10 MLR 0,55 NA 0,18 FURO 0,25
29/04 13:00 hs	96/52 (66)	114	10	29/21 (23)	20	3,1/1,7	1445	51	57	98	DBT 15 MLR 0,75 NA 0,11 FURO 0,5
30/04 08:30 hs	95/52 (66)	107	7	33/20 (25)	16	4,87/2,6 9	969	148	65,5	99	DBT 20 MLR 0,75 NA 0,07 FURO 0,5
30/04 23:00 hs	97/51 (66)	111	9	34/18 (23)	15	4,66/2,5 7	978	257	63	98	DBT 15 MLR 0,75 s/NA FURO 0,5
01/05 14:30 hs	106/58 (73)	106	8	32/23 (26)	20	4,7/2,6	1106	102	63,5	99	DBT 12 MLR 0,75 FURO 0,25
02/05 10:00 hs	91/49 (62)	97	7	34/18 (24)	14	4,7/2,6	936	170	64	99	DBT 9,5 MLR 0,75 FURO 0,25
03/05 00:30 hs	94/51 (63)	125	4	42/21 (30)	19	4,76/2,6	991	184	58	97	DBT 7,75 MLR 0,75 FURO 0,25

■ 03/05/11

- Intercurre con registro febril (38,3°), asociado a bacteriemia, excitación psicomotriz y descompensación hemodinámica; reiniciándose noradrenalina a altas dosis (1 gamma/kg/min).
- Se realizan HMC x 2, UC, se retiran vía central y catéter de Swan-Ganz, y se envían punta de ambos para cultivo. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y vancomicina.
- Evoluciona con mala mecánica ventilatoria y desaturación con máscara al 0.5, por lo que se decide IOT y conexión a ARM.
- Presenta episodio de FAARV con profundización de falla hemodinámica y requerimiento de CVE 1100 J exitosa. Se realiza carga y mantenimiento de amiodarona.

■ 03/05/11 – 05/05/11

- Evolucionan con hipotensión refractaria con dosis máximas de noradrenalina, agregándose vasopresina en infusión continua con adecuada respuesta.
- Se reciben HMC x 2, punta de catéter y punta de Swan-Ganz positivos para SAMS multi-sensible, por lo que se interpreta cuadro como shock séptico secundario a foco endovascular. Por indicación de infectología se suspende vancomicina y se inicia cefalotina de acuerdo a sensibilidad.
- Se recoloca catéter de Swan-Ganz para optimización de manejo hemodinámico.

Fecha	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SaO ₂	TTO
05/05 18:00 hs	95/54 (65)	111	14	52/30 (40)	28	5,3/2,9	769	181	63	98	DBT 14 MLR 0,75 NA 1,2 VP 0,03 FURO 1
06/05 07:00 hs	102/52 (66)	120	11	58/31 (41)	27	5,2/2,8	846	215	64	99	DBT 14 MLR 0,75 NA 1,52 VP 0,03 FURO 1

■ 06/05/11 – 09/05/11

- Por registros febriles persistentes, el 06/05 se realiza nueva toma de cultivos.
- El 07/05 se recibe aspirado traqueal con rescate de Acinetobacter + BGN. Se interpreta como neumonía asociada a respirador; por indicación de servicio de Infectología se rota antibioticoterapia a Imipenem-Colistín.

Fecha	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SaO ₂	TTO
07/05 05:00 hs	108/52 (67)	121	10	50/27 (39)	18	4,75/2,6 2	960	353	56	98,5	DBT 20 MLR 0,75 NA 1,7 VP 0,016 FURO 0,75
07/05 11:30 hs	105/51 (69)	118	9	47/26 (35)	19	5,5/3,03	800	232	65	99	DBT 13 MLR 0,75 NA 1 FURO 0,5
07/05 21:30 hs	101/49 (62)	130	7	32/20 (26)	16	5,24/2,9	839	152	63	99	DBT 11 MLR 0,75 NA 0,6 FURO 0,5

- Evolucionan febril persistente a pesar de nuevo esquema antibiótico, por lo que se realiza ecocardiograma transesofágico para descartar endocarditis.

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO (09/05/11)

DDVI DSVI FAC SIV PP AI Ao

56 mm			12 mm	10 mm	43 mm	28 mm
-------	--	--	-------	-------	-------	-------

- VI dilatado con hipertrofia concéntrica. Aquinesia de todos los segmentos apicales y de los mediales anterior, septal, lateral e inferior. Hipoquinesia del resto. Deterioro severo de la función sistólica global.
- AI y orejuela sin evidencia de trombos, con moderada disminución de la velocidad del flujo sistólico en la orejuela. IM e IAo leves.
- No se observan imágenes compatibles con endocarditis. No se observan masas intracavitarias.
- Ateromatosis aórtica grado III.

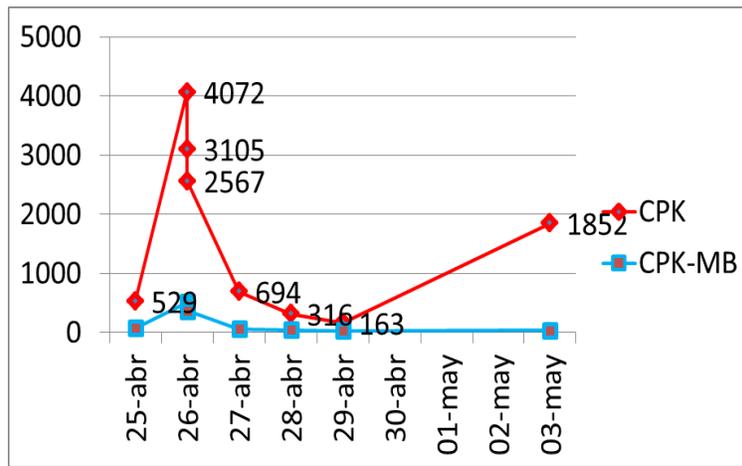
EVOLUCIÓN

- 09/05/11
 - Evolucionada febril persistente, refractario a triple soporte inotrópico y vasopresor a dosis máximas.
 - Se solicita nuevamente colocación de BCIAo, que no se concreta ante falta de disponibilidad del mismo.

Fecha	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SaO ₂	TTO
08/05 07:00 hs	109/49 (64)	128	8	47/25 (37)	20	4,6/2,56	973	295	59	99	DBT 18 MLR 0,75 NA 1,9 FURO 1
08/05 17:00 hs	101/58 (72)	124	9	41/31 (38)	24	4,94/2,7 3	1020	226	57	98	DBT 18 MLR 0,75 NA 1,52 FURO 1
09/05 14:00 hs	100/64 (68)	118	12	50/34 (43)	30	4,4/2,43	1018	236	53	98	DBT 20 MLR 0,75 NA 1,3 FURO 1

- El 09/05/11 presenta PCR en contexto de asistolia. Se realizan maniobras de RCP básica y avanzada sin respuesta a las mismas. Se constata óbito a las 20:40 hs.

LABORATORIO



	<u>25/04</u>	<u>28/04</u>	<u>01/05</u>	<u>03/05</u>	<u>06/05</u>	<u>08/05</u>
Hematocrito	<u>45</u>	<u>40</u>	<u>37</u>	<u>34</u>	<u>31</u>	<u>30</u>
GB	<u>12300</u>	<u>15900</u>	<u>9700</u>	<u>38000</u>	<u>19100</u>	<u>27000</u>
Plaquetas	<u>347000</u>	<u>233000</u>	<u>153000</u>	<u>255000</u>	<u>371000</u>	<u>271000</u>
Glucemia	<u>486</u>	<u>211</u>	<u>179</u>	<u>238</u>	<u>203</u>	<u>379</u>
Urea	<u>41</u>	<u>44</u>	<u>49</u>	<u>86</u>	<u>111</u>	<u>203</u>
Creatinina	<u>1,16</u>	<u>0,72</u>	<u>0,78</u>	<u>1,68</u>	<u>2,67</u>	<u>2,78</u>
TP/KPTT	<u>102%/38"</u>	<u>96%/36"</u>	<u>102%/34"</u>	<u>85%/39"</u>	<u>100%/36"</u>	<u>75%/37"</u>
GOT/GPT	<u>:</u>	<u>48/25</u>	<u>:</u>	<u>62/24</u>	<u>95/36</u>	<u>54/32</u>

	<u>26/04</u>	<u>03/05</u>	<u>04/05</u>	<u>05/05</u>	<u>07/05</u>	<u>09/05</u>
pH	<u>7.40</u>	<u>7.39</u>	<u>7.39</u>	<u>7.43</u>	<u>7.38</u>	<u>7.40</u>
	<u>36.3</u>	<u>46.8</u>	<u>40.9</u>	<u>43.1</u>	<u>39.2</u>	<u>40.5</u>

<u>pO2</u>	<u>107</u>	<u>119.4</u>	<u>107.4</u>	<u>99.6</u>	<u>159.8</u>	<u>122.3</u>
<u>HCO3-</u>	<u>21.8</u>	<u>27.9</u>	<u>24.2</u>	<u>28.3</u>	<u>22.9</u>	<u>24.7</u>
<u>EB</u>	<u>-2.5</u>	<u>2.4</u>	<u>-0.8</u>	<u>4.1</u>	<u>-2.2</u>	<u>-0.1</u>
<u>Sat. O2</u>	<u>97.9%</u>	<u>98.3%</u>	<u>97.9%</u>	<u>97.7%</u>	<u>99%</u>	<u>98.4</u>
<u>PAFI</u>	<u>:</u>	<u>149</u>	<u>215</u>	<u>200</u>	<u>320</u>	<u>244</u>
<u>Ionograma</u>	<u>135/3.47/ 104</u>	<u>127/3.80/91</u>	<u>127/3.33/ 91</u>	<u>131/3.86/ 95</u>	<u>131/4.23/ 97</u>	<u>132/4.02/ 98</u>