



ATENEO CLINICO

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

Vanessa V. Valenzuela

25/04/2012

PACIENTE: R.G. **SEXO:** Masculino **EDAD:** 57 años

Fecha de ingreso: 09/03/2012 (14:20 hs) **Fecha de óbito:** 09/03/2012 (16:50 hs)

MOTIVO DE INTERNACION:

Angor.

ENFERMEDAD ACTUAL:

De acuerdo resumen de historia clínica de Hospital de Wilde e interrogatorio indirecto a familiares, paciente refiere comenzar el 09/03 a las 8 hs. con dolor precordial opresivo, en reposo, intensidad 8/10, irradiado a miembro superior izquierdo, de duración mayor a 1 hora, asociado a síntomas neurovegetativos. Consulta a dicho centro donde se constata paciente con signos de hipoperfusión periférica e hipotensión arterial, realizándose electrocardiograma que evidencia injuria subepicárdica anterolateral. Se indica doble antiagregación y se deriva a este centro para angioplastia primaria.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

Tabaquista (12,5 paquetes/año)

Diabetes tipo II, insulinorequiriente.

Hipertensión arterial.

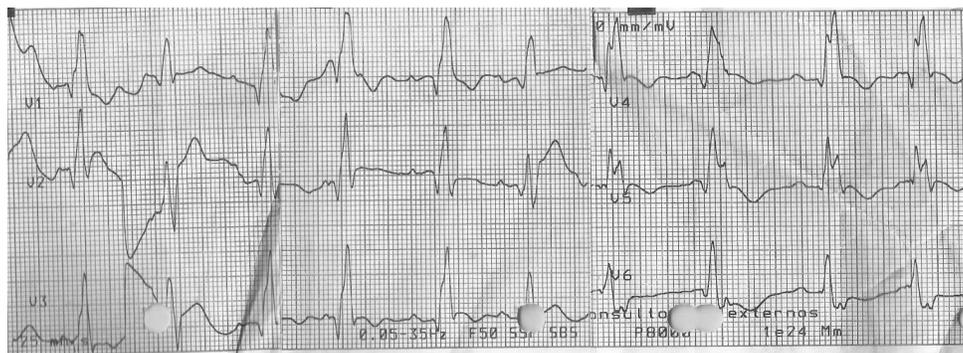
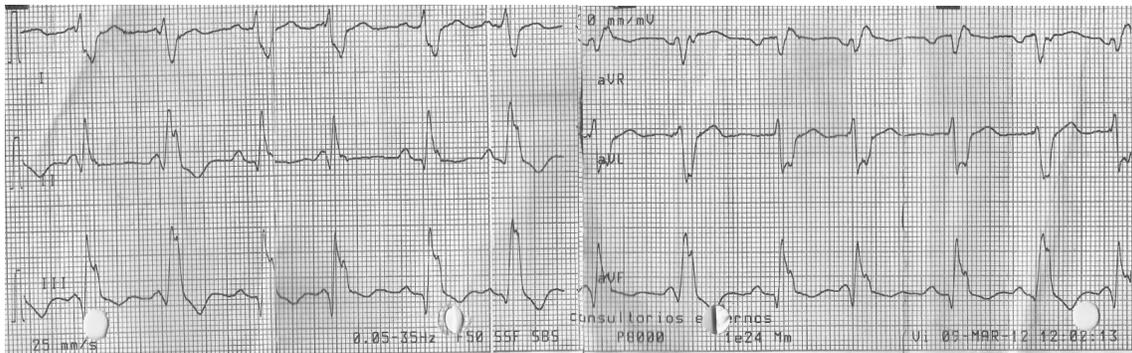
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

IAM inferolateral (1997) (se desconoce tratamiento).

TRATAMIENTO HABITUAL:

- Aspirina 100 mg/día.
- Atenolol.
- Enalapril.
- Glibenclamida.
- Insulina NPH.

ECG DE HOSPITAL DE WILDE (09/03/2012)



Ingresa a sala de Hemodinamia obnubilado, orientado en persona, parcialmente en tiempo y espacio, ortopnéico. Al examen físico presenta signos de hipoperfusión periférica, con pulsos periféricos ausentes, crepitantes bilaterales e hipotensión arterial (TAS 30 mmHg).

Se inicia infusión de Noradrenalina y Dopamina evolucionando a los pocos minutos con paro cardiorrespiratorio con reanimación exitosa, requerimiento de conexión a ARM, inotrópicos y balón de contrapulsación intraaórtico.

TIEMPOS:

- **Tiempo de ventana:** 5:58 hs.
- **Puerta Balón:** 3:58 hs.

INFORME DE CINECORONARIOGRAFIA:

- **TCI:** ostium y tronco sin lesiones significativas.
- **Descendente anterior:** de fino calibre. Ocluida en tercio proximal.
- **Arteria Circunfleja:** de fino calibre. Difusamente infiltrada de grado severo.

- **Coronaria derecha:** ocluida a nivel proximal.
- **Se realiza angioplastia con implantación de stent a arteria descendente anterior tercio proximal exitoso.**

EXAMEN FISICO AL INGRESO A UCO

TA = 147/90 mmHg

FC = 91 lpm

FR = 18 cpm

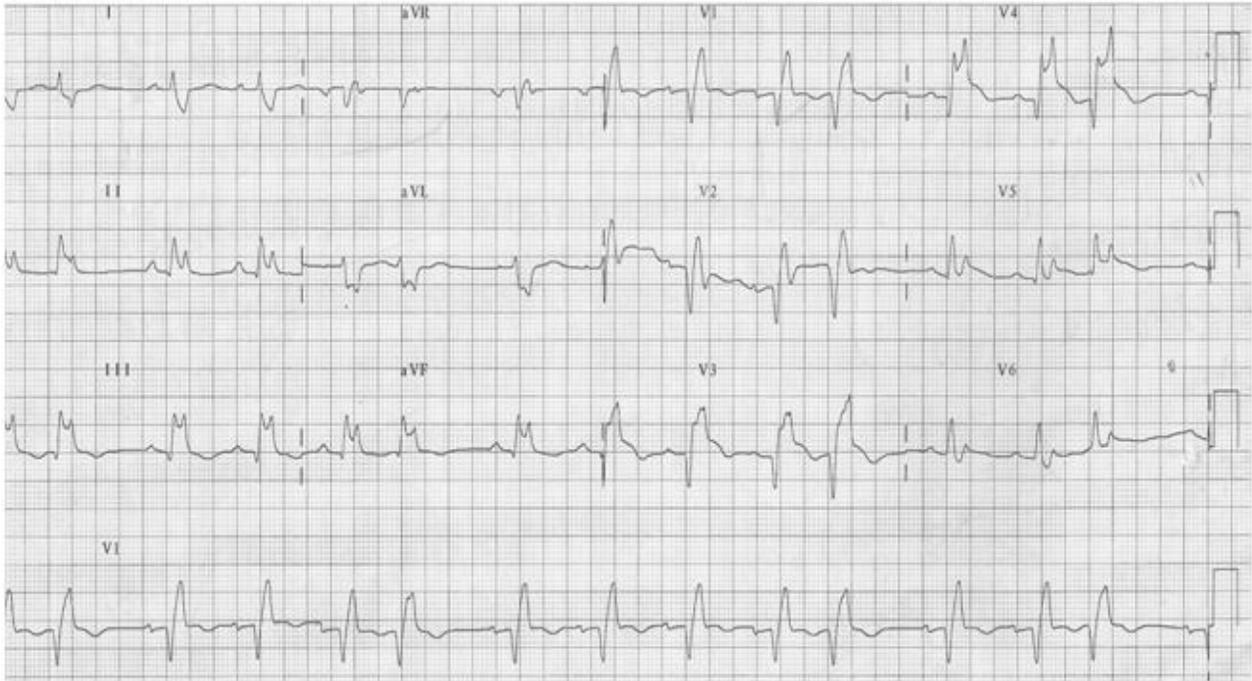
T = 36 °C

Con Dobutamina 12 ugr/kg/min, Noradrenalina 0.9 ugr/kg/min, BCIAo: 1:1, ARM

- **Ap. Cardiovascular:** Mala perfusión periférica. Pulsos periféricos disminuidos, simétricos. Choque de punta en 5º EIC LMC. R1-R2 en 4 focos, sin R3 o R4. Sonido de interferencia por inflado de BCIAo.
- **Piel y faneras:** Livideces y frialdad a predominio de miembros inferiores. Sin edemas.
- **Ap. Respiratorio:** En ARM, VCV (Vt 500/ PEEP 5/FR 18/ Fio 100%). Bien adaptado, buena entrada de aire bilateral. Crepitantes bilaterales hasta campos medios. SAT 98%
- **Abdomen:** Blando, depresible. RHA presentes. Sin reacción peritoneal, sin visceromegalias.
- **Ap. Neurológico:** Sedoanalgesiado, Ramsay 6. Pupilas mióticas y reactivas. Sin signos de foco neurológico.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UCO

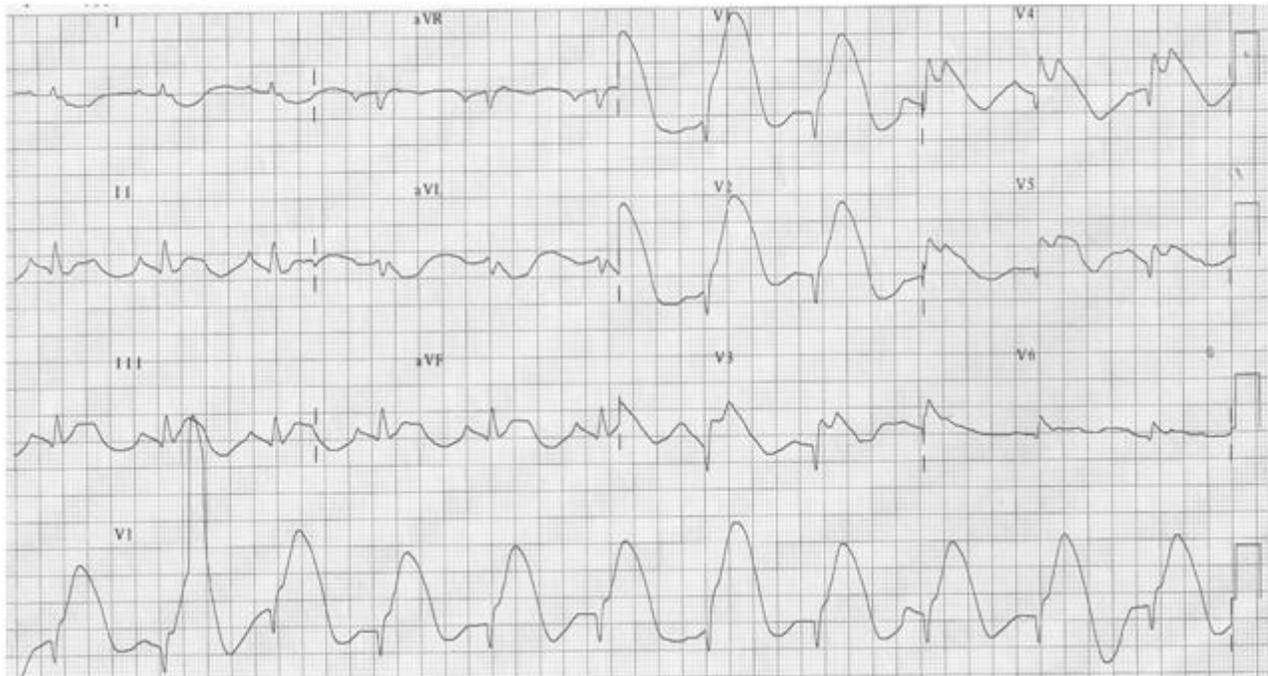
POST ATC (09/03/2012 14:40 HS)



EVOLUCION UCO

- Paciente ingresa a UCO conectado a ARM, hemodinámicamente inestable, bajo doble soporte inotrópico y BCIAo 1:1.
- Se rota dopamina por dobutamina y se disminuye dosis de noradrenalina progresivamente con adecuada respuesta inicial. Se inicia furosemida en infusión continua.
- A las 15:50 hs presenta episodio súbito de hipotensión arterial y desaturación encontrándose al examen físico cianosis periférica, a predominio peribucal, con extremidades frías y pulsos ausentes. R1 y R2 en 4 focos, no R3 ni R4, no se auscultan soplos (sonido de interferencia por BCIAo). Mala adaptación a la ventilación mecánica, con crepitantes bilaterales hasta campo medio. Resto de examen físico sin cambios respecto al previo.
- Se incrementa soporte inotrópico y se realiza nuevo electrocardiograma.

ELECTROCARDIOGRAMA 09/03/2012 15:50 HS



EVOLUCION UCO

- Paciente evoluciona con hipotensión refractaria, con requerimiento de dosis máximas de inotrópicos.
- Por reinjuria subepicárdica, se solicita evaluación por hemodinamista de guardia, decidiéndose optimización hemodinámica, previo a reintervención.
- A las 16:50 hs presenta PCR en contexto de FV, sin respuesta a maniobras avanzadas de RCP.

LABORATORIO:

	09/03/12
Hto	49
GB	23800
Plaq	203000
Glu	656
Urea	38.7
Creat	1.56
TP	167
KPTT	34
RIN	0.84
GOT/GPT	975/214
BT/BD	1.66/0.97
CK/CKMB	10.000/780
Na/K/Cl	141/2.51/112

	09/03/12
PH	7.37
PCO ₂	26.2
PO ₂	283.7
HCO ₃	14.9
EB	-10.3
Sat	99.7
PAFI	283.7
Acidosis metabólica hiperclorémica	