



ATENEO ANATOMO-PATOLÓGICO

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

Diesel, Claudio Oliver

13/08/2014

PACIENTE: R.A.

SEXO: Masculino

EDAD: 52 años

Fecha de ingreso: 22/02/2014

Fecha de óbito: 27/02/2014

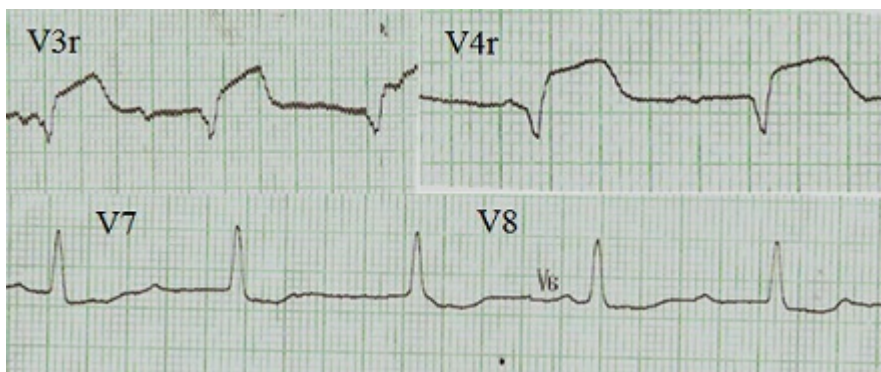
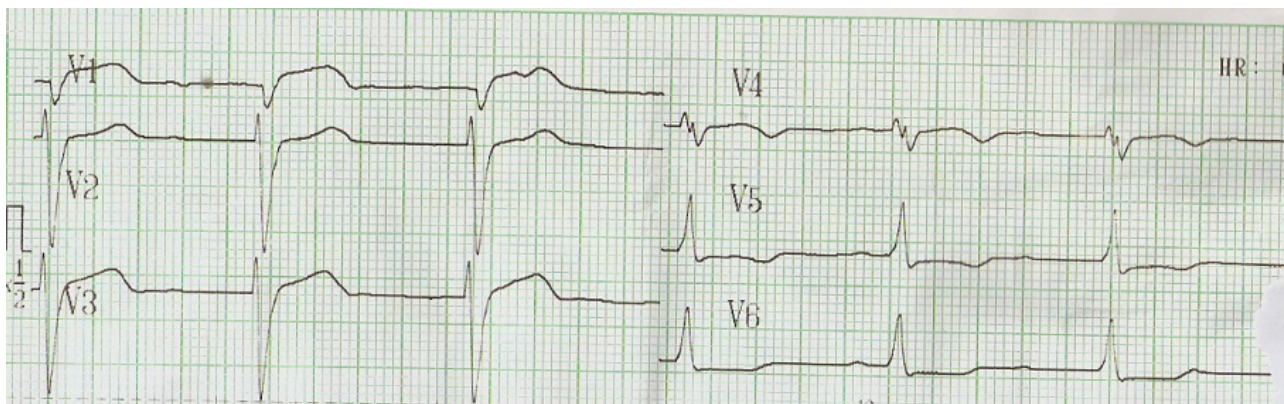
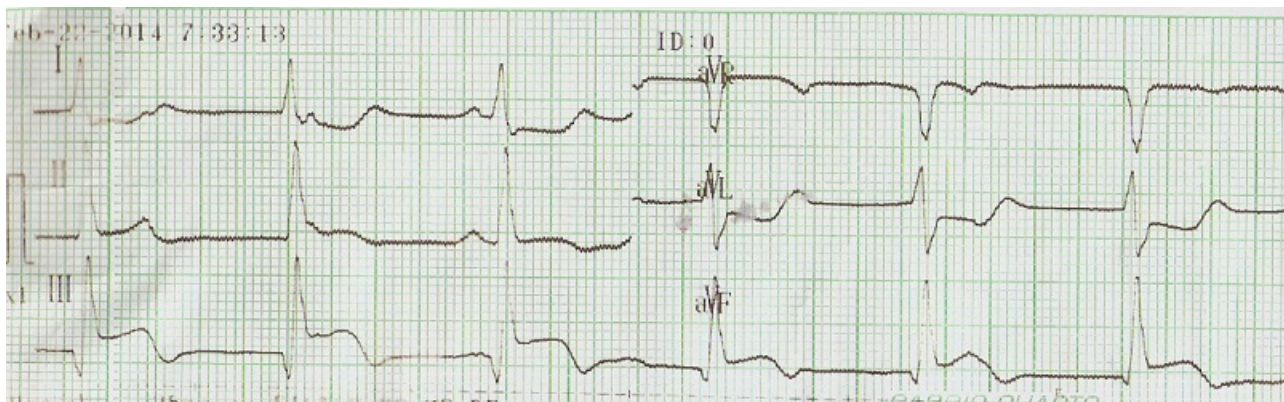
MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor precordial.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que presenta dolor precordial de tipo opresivo, de intensidad 8/10 que lo despierta. Acude luego de 4:30 hs por persistencia del dolor a Guardia de este Hospital en donde se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica inferoposterior.

Ingresa a sala de Hemodinamia para realización de CCG de urgencia y eventual angioplastia.



- Informe de CCG
 - CD:

Trombo oclusivo proximal. Se realiza ATC con balón presentando lesión residual y embolización a art marginal.

DP lesión significativa proximal

PV lesión significativa
 - CX:

Lesión moderada proximal, ocluida luego de 1er LV

LV 2 lesiones significativas
 - DA:

Ocluida luego 1er diagonal

Primer diagonal presenta enfermedad difusa
 - VTG: función ventricular severamente deteriorada
- Pasa a UCO para control evolutivo

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- Episodio anginoso característico de 2 hs de duración 1 una semana previa a la internación por lo que consultó a guardia del Htal Fernández, siendo dado de alta en seguimiento ambulatorio.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

- Hipertenso, diagnosticado hace 10 años, sin tratamiento
- Tabaquista 20 cigarrillos/día (35paquetes/año)
- Obeso (BMI 31)
- Antecedentes heredofamiliares: Hermana IAM a los 45 años

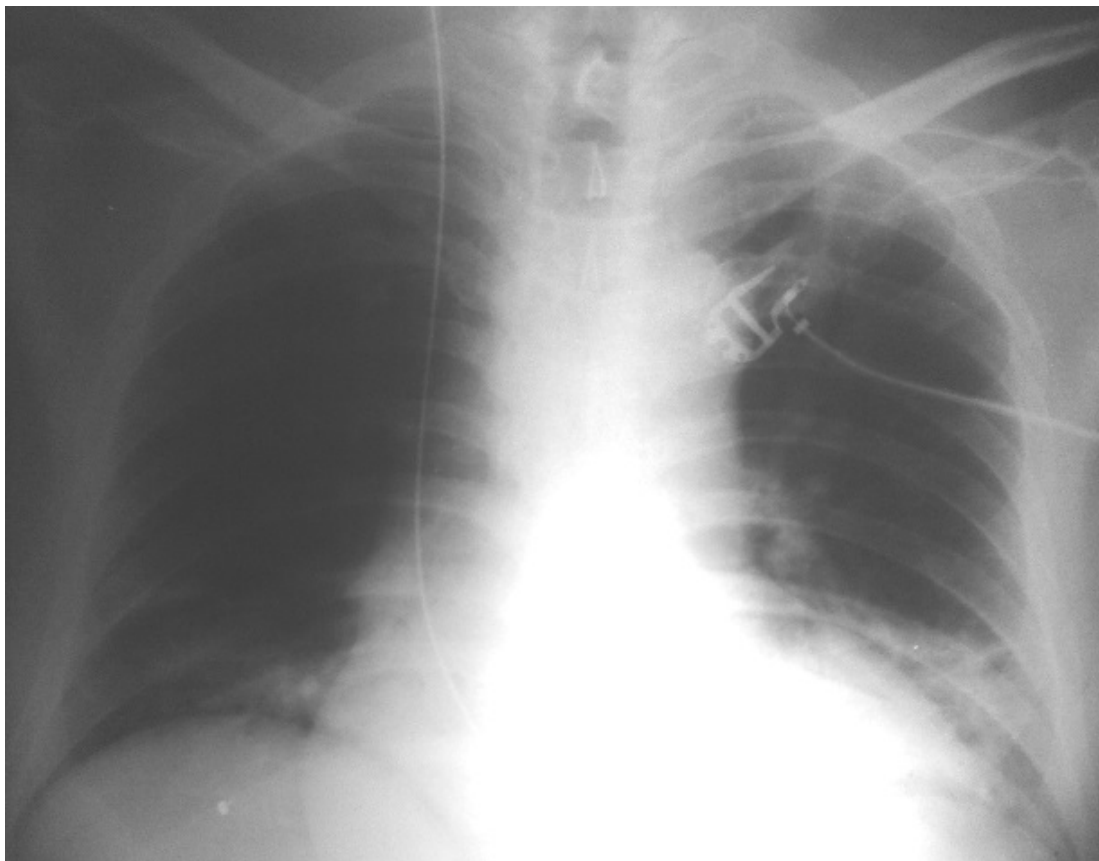
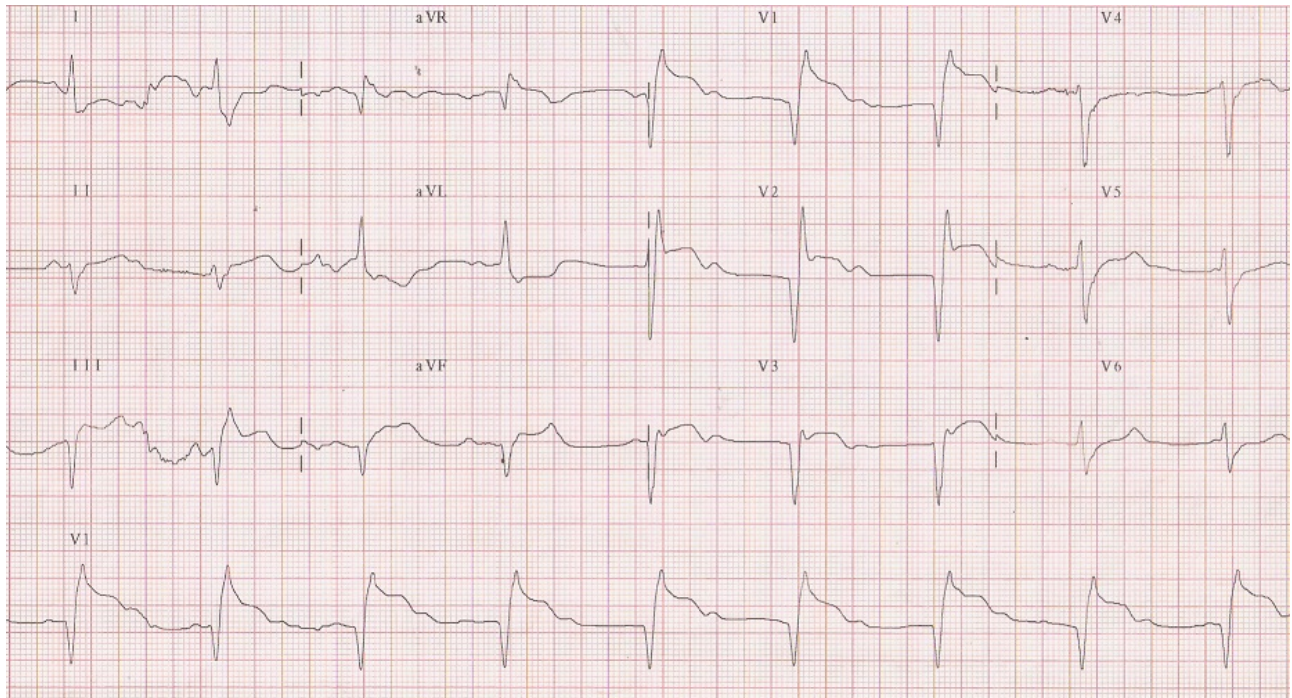
OTROS ANTECEDENTES:

- Consumo de Alcohol: 100gr/semana

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO (UCO)

- **TA** 110/60 mmHg **FC** 50 lpm **FR** 20 cpm afebril Sat 95% al 0.21
- **Ap. Cardiovascular:** Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Choque de punta en 4° EIC LMC. Pulsos periféricos simétricos, regulares. R1 R2 en 4 focos hipofonéticos. Silencios libres.
- **Ap. Respiratorio:** eupneico, tolera parcialmente decúbito, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.

- **Abdomen:** blando, depresible, no doloroso. Sin visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.
- **Neurológico:** lúcido, sin foco motor ni meníngeo.
- **Piel y TCS:** sin edemas. Frialdad de extremidades.



EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (22/02)

- Paciente ingresa normotenso con signos de bajo gasto cardíaco (nauseas, mala perfusión periférica, oligo-anuria).
- Se coloca acceso venoso central. PVC 15cm H2O. Saturación venosa central 45% (Fick: GC 2. 7L/min IC 1.4 L/min/m²).
- Se indica furosemida EV y dobutamina (10γ/Kg/min) persistiendo con signos de bajo gasto por lo que se coloca marcapasos transitorio para optimización de FC (90lpm).

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (23/02)

- Por persistencia de signos clínicos y hallazgos de laboratorio se incrementa progresivamente dosis de dobutamina y se inicia infusión de milrinona, con adecuada respuesta.

	22/02 10hs (sin inotrópicos)	22/02 22hs (DBT 10γ)	23/02 7hs (DBT 18γ Milri 0.75γ)
pH	7.36	7.39	7.43
PO2	133	74.6	79
PCO2	41.4	30.7	27
cHCO3	17.7	18.4	20.2
EB	-6.7	-4.8	-2.4
Sat art	98.8%	95%	96%
Sat ven cent	45.8%	53.5%	62.1%
Fick (GC/IC)	2.7/1.4	3.7/2.0	4.6/2.5
lactato	-	34	24
ΔCO2	15.5	8.5	7

EVOLUCIÓN EN UNIDAD CORONARIA (24/02)

- Luego de una estabilidad inicial se suspende marcapaseo por presentar escape suprahisiano mayor a 90lpm, persistiendo con BAV completo durante toda la internación.
- Se recibe laboratorio que evidencia elevación de enzimas hepáticas (GOT 1238 U/L GPT 1778 U/L). Se interpreta hepatitis isquémica secundaria a bajo gasto.

EVOLUCION EN UNIDAD CORONARIA (25/02 AL 26/02)

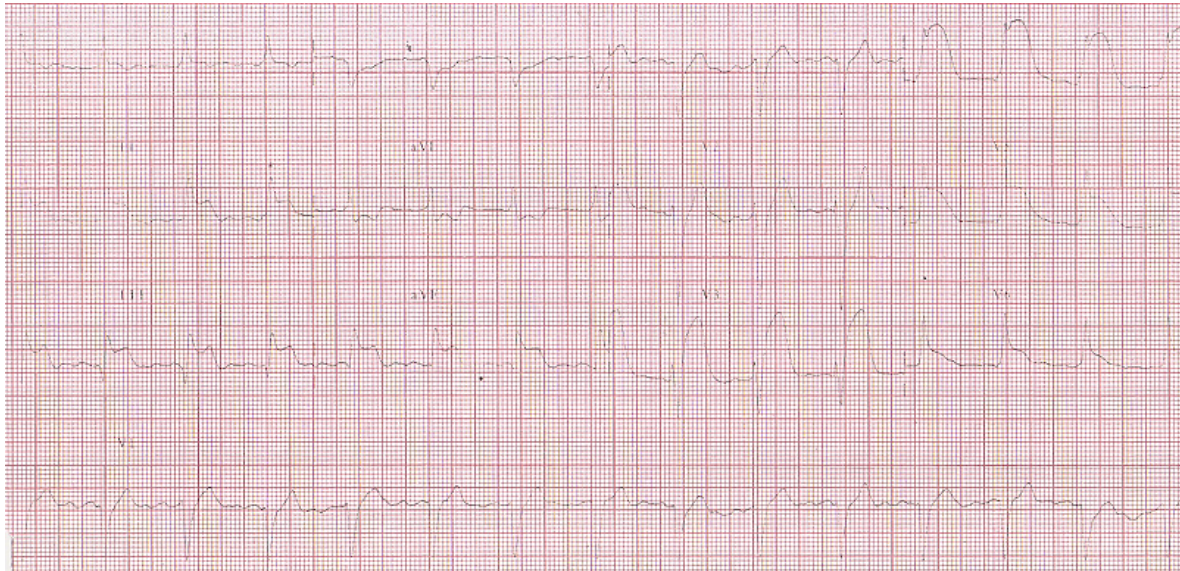
- Al 3er día de internación presenta episodio febril (38°) sin foco infeccioso evidente. Se realizan pancultivos y se indica empíricamente Piperacilina Tazobactam.

- Se coloca catéter de Swan Ganz para optimizar manejo hemodinámico.

	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SatO2	Tto
25/02 11hs	100/65 (77)	96	14	18	12	4.1/2.3	1230	117	62%	93%	DBT 15γ Milri 0.75γ
24hs	110/70 (83)	98	17	22	16	3.5/2	1508	137	61%	95%	DBT 14γ Milri 0.75γ
26/02 7hs	83/57 (65)	95	16	18	10	3/1.7	1306	213	40%	97%	DBT 14γ Milri 0.75γ
16hs	80/40 (53)	87	14	19	17	3.2/1.7	975	125	55%	98%	DBT 14γ Milri 0.75γ Furo 1/2gr

EVOLUCION EN UNIDAD CORONARIA (26/02 AL 27/02)

- A las 14hs presenta PCR en contexto de TV monomorfa sostenida con requerimientos de IOT/ARM, CVE >1500j y RCP durante 35min exitosa. Se indica carga y mantenimiento de amiodarona.



- En horas posteriores presenta múltiples episodios de TVMS con descompensación hemodinámica y requerimientos de CVE, por lo que se decide colocación de MCP transitorio para eventual marcapaseo antitaquicardia.
- Por profundización de falla hemodinámica, refractaria a triple soporte inotrópico, se decide no realizar CCG de urgencia.
- Se inicia infusión de lidocaina EV (3mg/min) sin nuevos episodios de TV. (escape ventricular 55 lpm, MCP 100 lpm).
- Evoluciona hemodinámicamente inestable, anúrico, con dosis máximas de inotrópicos y dosis crecientes de vasopresores (NA 1.6γ/Kg/min).
- Se realiza IC con servicio de Nefrología quienes postergan el inicio de terapia de reemplazo renal por inestabilidad hemodinámica.

- El 27/02 a las 19:30hs presenta PCR en contexto de asistolia. Se inician medidas de RCP sin éxito, constatándose óbito a las 20hs.

	22/02 (ingreso)	24/02	27/02 (post TV)
Hematocrito (%)	32	30	31
Glóbulos blancos	9500	13800	24200
Plaquetas	320000	259000	225000
Glucemia (mg/dl)	272	158	291
Urea (mg/dl)	52	62	103
<u>Creatinina (mg/dl)</u>	1.2	1.2	3.3
<u>Sódio (mmol/L)</u>	140	136	131
<u>Potasio (mmol/L)</u>	4.2	3.2	4.6
<u>Cloro (mmol/L)</u>	103	101	93
BT/BD (mg/dL)	0.4/0.2	0.5/0.4	1.4/1.2
GOT/GPT (U/L)	88/69	1238/1778	3156/2135
Albumina (g/dL)	-	2.8	2.7
TP (%)	53	45	31
KPTT (<u>seg</u>)	24	36	28
RIN	1.5	1.75	2.4
<u>TG 75mg/dl, Col total 101mg/dl, HDL 17mg/dl, LDL 68mg/dl, Hemoglobina glicosilada 7.6%, Ac úrico 10.7</u>			