



ATENEO ANÁTOMO- PATOLÓGICO

Florencia Anzivino
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich
14/10/15

Paciente: P. G. **Sexo:** Masculino **Edad:** 46 años

Fecha de internación: 13/12/14 **Fecha de egreso:** 23/12/14

Fecha de reingreso: 21/04/15 **Fecha de óbito:** 21/04/15

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

IAM anterior extenso evolucionado.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que con antecedentes de IAM anterior extenso el día 30/11/14 KKD con fibrinólisis fallida en Hospital Evita, que concurre en el día de la fecha a guardia externa de este Hospital.

A su ingreso se constata paciente hemodinámicamente estable, asintomático para angor o equivalentes, sin signos de falla de bomba.

Se decide su internación en Sala de Cardiología para control evolutivo y tratamiento.

ANTECEDENTES

Antecedentes de enfermedad actual:

- *Internación en Hospital Evita 30/11 al 13/12:* Dolor precordial característico intensidad 10/10 de 90 minutos de duración, se evidencia injuria subepicárdica anterior extensa por lo que se interpreta el cuadro como IAM anterior extenso en curso Killip y Kimball D.
- Se inicia tratamiento fibrinolítico, con síndrome clínico de reperfusión negativo, se solicita derivación para angioplastia de rescate que no se lleva a cabo.
- Intercurre con taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) primaria con requerimiento de CVE 1620 Joules exitosa.

- Por shock cardiogénico se indicó Dobutamina y Noradrenalina en infusión continua, con adecuada respuesta, suspendiéndose a las 72 hs. del ingreso.
- Se retira en forma voluntaria el 13/12/14.

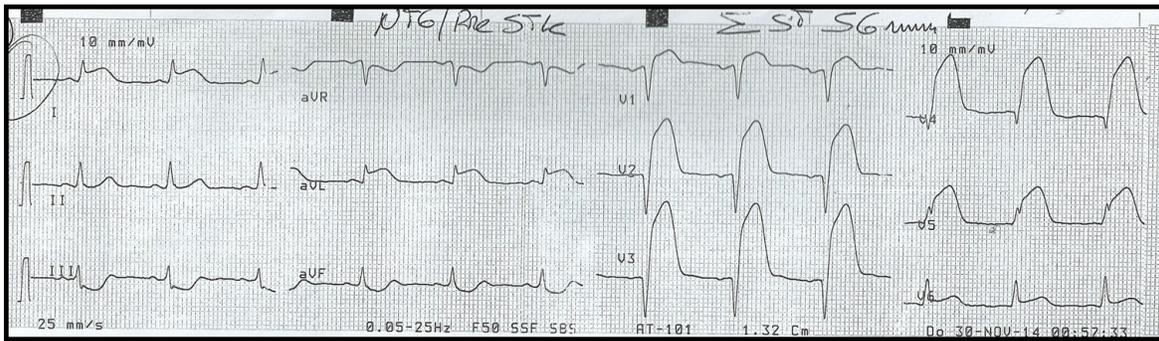
Factores de riesgo cardiovascular:

- ***Tabaquista:*** 20 cigarrillos por día por 52 años, 52 paq/year.
- ***Sobrepeso:*** BMI 26 kg/m²
- ***Sedentario.***
- ***Antecedentes heredofamiliares:*** Padre IAM a los 50 años, Hermano IAM a los 53 años.

Medicación al alta (Hospital Evita):

- Aspirina 100 mg por día, vía oral.
- Clopidogrel 75 mg por día, vía oral.
- Carvedilol 6,25 mg cada 12 horas, vía oral.
- Enalapril 5 mg cada 12 horas, vía oral.
- Atorvastatina 40 mg por día, vía oral.
- Espironolactona 25 mg por día, vía oral.

ECG INTRADOLOR INGRESO HOSPITAL EVITA: P.G. 30/11/14



Tiempos:

- Inicio del dolor: 29/11/14: 22:45 hs.
- Hora de consulta Hospital Evita: 30/11/14: 00:15 hs.
- Puerta - aguja: 25 minutos.

ECG HOSPITAL EVITA P.G. 11/12/14



EXAMEN FÍSICO INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA 13/12/14

TA: 90/60 mmHg

FC: 53 Lpm

FR: 12 Cpm

T°: 36 °C

Sat: 98 % (Fio2: 0.21)

Cardiovascular:

- Adecuada perfusión periférica, ingurgitación yugular ausente, RHY negativo, R1 y R2 presentes en 4 focos normofonéticos, silencios libres. Sin R3 ni R4.

Respiratorio:

- Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen:

- Globoso, blando, depresible, indoloro. RHA presentes. Sin visceromegalias.

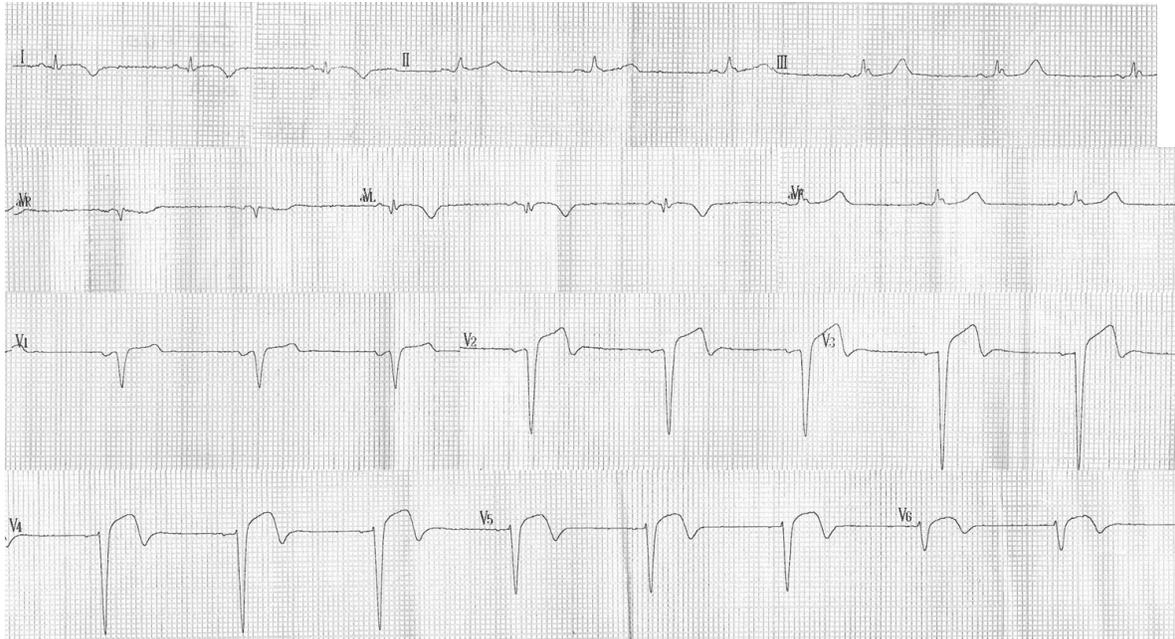
Neurológico:

- Lúcido, sin signos de foco motor o meníngeo.

Piel y TCS:

- Ausencia de edema de miembros inferiores.

ECG INGRESO SALA DE CARDIOLOGÍA: P.G. 13/12/14



RX DE TÓRAX INGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA: P.G 13/12/14



EVOLUCIÓN SALA DE CARDIOLOGÍA 14/12 AL 23/12

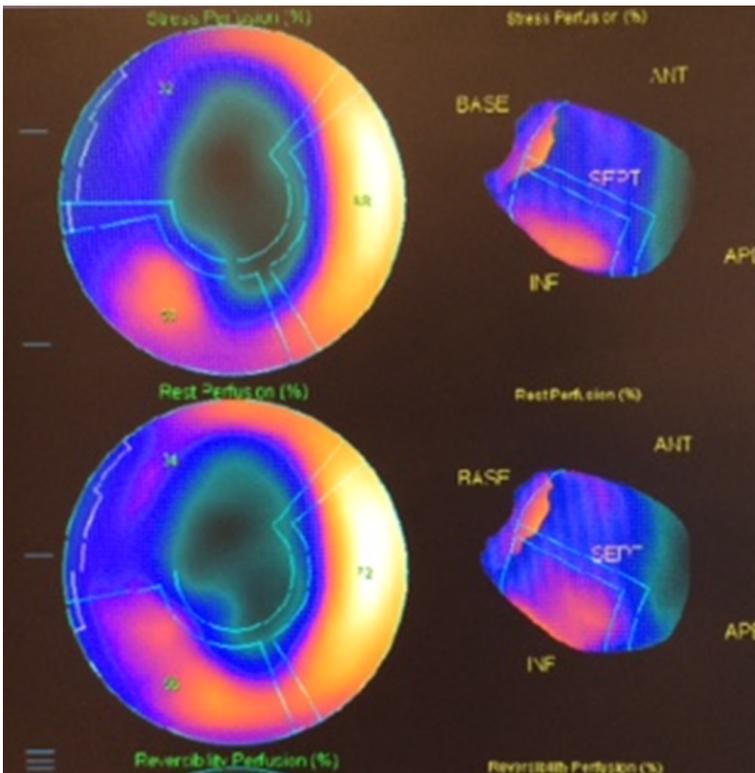
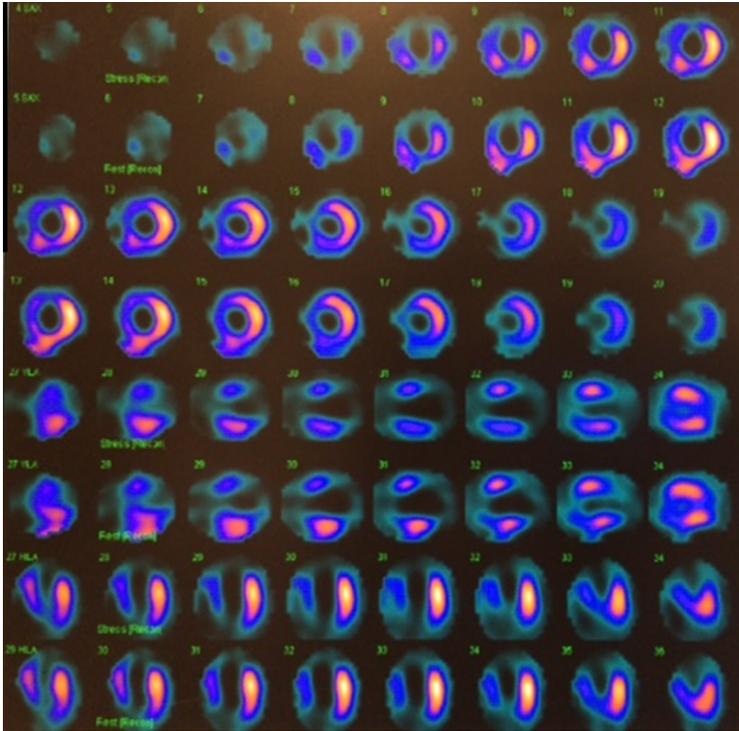
- Paciente evoluciona hemodinámicamente estable, asintomático para angor o equivalentes.
- El 15/12 se realiza Ecocardiograma doppler transtorácico.
- El 18/12 se realiza SPECT en esfuerzo en Hospital Fernández, realizándose prueba de reposo el 19/12.
- Evoluciona sin interurrencias, decidiéndose el 23/12 alta médica con posterior control por consultorios externos de Cardiología.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: 15/12/14

DDVI: 61 mm	DSVI: 46 mm	SIV: 8 mm	PP: 7 mm	Al: 40 mm	Ao: 37 mm
-------------	-------------	-----------	----------	-----------	-----------

- Ventrículo izquierdo moderadamente dilatado. Función sistólica severamente deprimida (FEy 30%).
- Aquinesia apical, anterior y septal.
- No se observan trombos intracavitarios.
- Ventrículo derecho de dimensiones normales. Función conservada.
- Válvulas morfológicamente normales, sin evidencias de disfunción.

SPECT REPOSO - ESFUERZO 18/12/14



FC basal: 60 lpm	TA basal: 90/70 mmHg	Carga: 600 kgm
FC máxima: 95 lpm (54%)	TA esfuerzo: 115/70 mmHg	ITT: 10.925

- Dilatación severa ventrículo izquierdo, fija.
- Esfuerzo: Severo defecto de perfusión de todos los segmentos apicales. Moderado a severo defecto de la perfusión del septum anterior e inferior a nivel medial y basal. Aneurisma apical.
- Reposo: Sin cambios
- Gatillado: Aquinesia apical y de los segmentos apicales. FEy 33%.
- Score suma esfuerzo: 37.
- Score suma reposo: 37.
- Score de diferencia: 0.
- Conclusión: Necrosis en territorio de arteria Descendente anterior y arteria Coronaria derecha, sin isquemia.

INDICACIONES AL ALTA:

- Aspirina 100 mg por día, vía oral.
- Carvedilol 6,25 mg cada 12 horas, vía oral.
- Enalapril 5 mg cada 12 horas, vía oral.
- Atorvastatina 40 mg por día, vía oral.
- Eplerenona 25 mg por día, vía oral.

LABORATORIO

	13/12/14	22/12/14
Hematocrito	41	39
Leucocitos	11000	7800
Plaquetas	341000	220000
Glucosa	93	128
Urea / Creat	51/1.09	44/1.09
TP/KPTT/RIN	78/34/1.14	-
Hepatograma	0.7/0.2/22/39	-
Ionograma	135 /4.93/ 96	133/ 4.5/ 92
CK / CK-MB	70/-	-
HbA _{1c} : 5.9% (VN 4-6) Colesterol: 159 mg/dl ; TAG: 106 mg/dl; HDL 37 mg/dl ; LDL 101 mg/dl. Serología Chagas: No reactivo.		

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Consultorios externos de Cardiología 21/04/15:

- Paciente concurre a control por presentar la semana previa episodios de dolor precordial en CF II que cedían con reposo.
- Presenta en sala de espera, dolor precordial opresivo, intensidad 10/10 de inicio en esfuerzo (CF II) que persiste en reposo, sin irradiación de 15 minutos de duración; por lo que se solicita su evaluación en forma urgente.
- Se constata paciente con mala perfusión periférica, palidez y sudoración profusa, hipotenso (TA 70/50 mmHg). Se realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica inferoposterior por lo que se decide su internación en UCO en forma urgente.

EXAMEN FÍSICO INGRESO A UCO: 21/04/15

TA: 60/40 mmHg	FC: 40 Lpm	FR: 25 Cpm	T°: 36 °C	Sat: 90 % (Fio2: 0.21)
----------------	------------	------------	-----------	-------------------------

Cardiovascular:

- Mala perfusión periférica, ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres.

Respiratorio:

- Regular mecánica ventilatoria a expensas de taquipnea, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen:

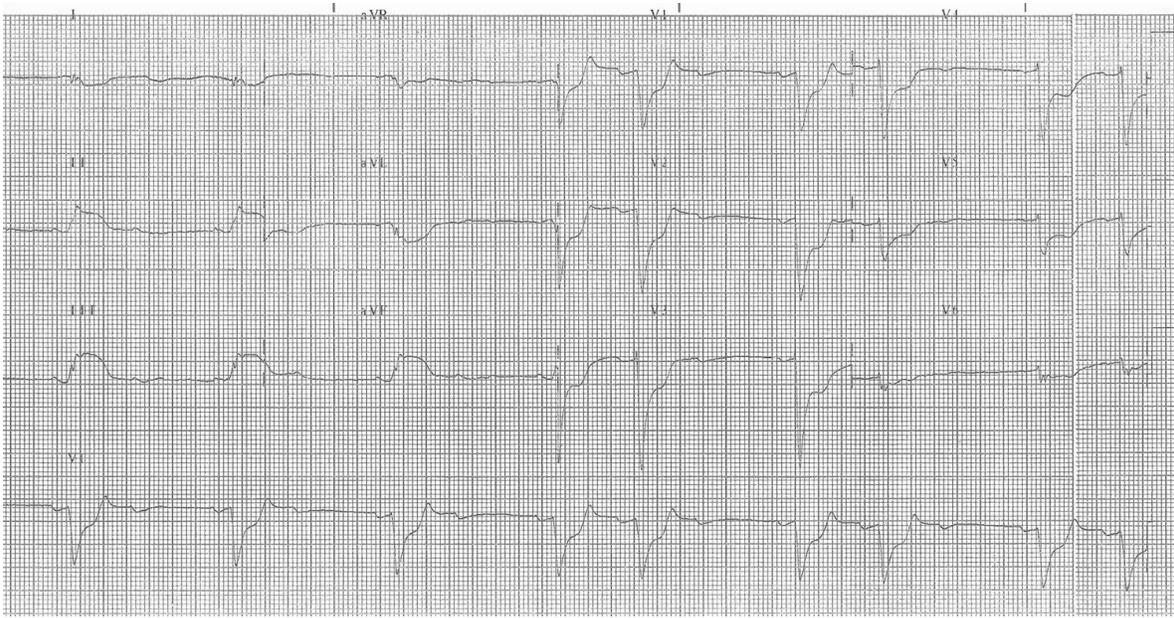
- Globoso, blando, depresible, indoloro. RHA presentes. Sin visceromegalias.

Neurológico:

- Somnoliento, sin signos de foco motor o meníngeo.

Piel y TCS:

- Ausencia de edema de miembros inferiores.



EVOLUCIÓN INMEDIATA

- Paciente ingresa a las 9:45 hs. con signos de shock cardiogénico por IAM del VD, se evidencia ECG con BAV 2:1 intermitente, con injuria subepicárdica inferoposterior, se inicia infusión de Dopamina (20 gamma/kg/min) con regular respuesta inicial. Se procede a la colocación de MCP transitorio sin obtener captura ventricular.
- Evoluciona inmediatamente con paro cardiorespiratorio a las 10:30 hs. en contexto de actividad eléctrica sin pulso con requerimiento de IOT y conexión a ARM con maniobras de reanimación cardiopulmonar exitosas (5 minutos de duración), por hipotensión sostenida se inicia infusión de Noradrenalina (1.6 gamma/kg/min).
- A las 10:40 hs. se traslada a Servicio de Hemodinamia para realización de CCG de urgencia, evoluciona previo al procedimiento con nuevo PCR en contexto de TVMS con CVE con 360 Joules, degenera en asistolia con maniobras de reanimación no exitosas.
- Se constata óbito a las 11:15 hs.