

Paciente: B.C. Edad: 75 años Nacionalidad: Paraguayo

Sexo: Masculino Ingreso: 04/02/16 Fecha óbito: 15/02/16

Motivo de Ingreso: Disnea y edemas de MMII

Enfermedad actual: Paciente refiere presentar cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por disnea progresiva de CF II habitual hasta CF IV asociado a aumento en el perímetro de los miembros inferiores. Motivo por el cual consulta guardia externa de este hospital el 02/02/16.

Antecedentes de enfermedad actual

Factores de riesgo cardiovasculares:

Sedentario

Ex tabaquista 15 paquetes año

Hipertensión arterial

Antecedentes cardiovascular:

Insuficiencia aórtica severa asociada a aneurisma de aorta ascendente con criterios quirúrgicos diagnosticada en 2011 como hallazgo en estudios prequirúrgico por hipertrofia prostática benigna, por lo que fué derivado a servicio de cirugía cardiovascular.

Internación en 2014 por insuficiencia cardíaca en otro centro.

Ecocardiograma 15/03/11

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>FAC</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
68 mm	53 mm	22 %	1,6 cm	1,3 cm

- Área AI 23 cm².
- Deterioro moderado a severo de la función sistólica global del ventrículo izquierdo. FEy 40%.
- Aquinesia inferior. Hipoquinesia del resto.
- Cavidades derechas normales.
- Aorta ascendente dilatada. Raíz 48 mm. UST 43 mm. Porción tubular 46 mm. Insuficiencia aórtica severa. (Válvula trivalva)
- Insuficiencia mitral leve.
- Pericardio libre.

Enfermedad actual

A su ingreso a guardia externa se constata paciente taquicárdico, taquipneico. Al examen físico presentaba crepitantes bibasales, IY 2/3, RHY (+), R3 (+), edemas 2/6 hasta raíz de muslo y soplo diastólico 2/6 predominio en ápice. Se realiza ECG se evidencia FAARV.

Se interpreta cuadro como insuficiencia cardiaca descompensada por lo que se inicia tratamiento diurético y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

Por evolución favorable se decide su pase a sala de cardiología.

Medicación habitual

Carvedilol 6,25 mg cada 12 horas vía oral

Furosemida 40 mg por día vía oral

Enalapril 2,5 mg por día vía oral

Espironolactona 25 mg por día vía oral

Examen físico al ingreso a sala 04/02/16

<u>TA:</u> 100/50 mmHg	<u>FC:</u> 100 l.p.m	<u>FR:</u> 25 c.p.m	<u>T:</u> 36,2°C
	<u>PESO:</u> 60 kg	<u>ALTURA:</u>1,70 m	<u>IMC:</u> 20,76

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, latido apexiano 5º espacio intercostal línea medio clavicular izquierda, pulsos periféricos irregulares, iguales, simétricos, magnus y celer. Sin IY. RHY (-). R1 y R2 en 4 focos, soplo diastólico 2/6 predominio foco aórtico accesorio, no se ausculta R3 ni R4, soplo doble crural de Duroziez.

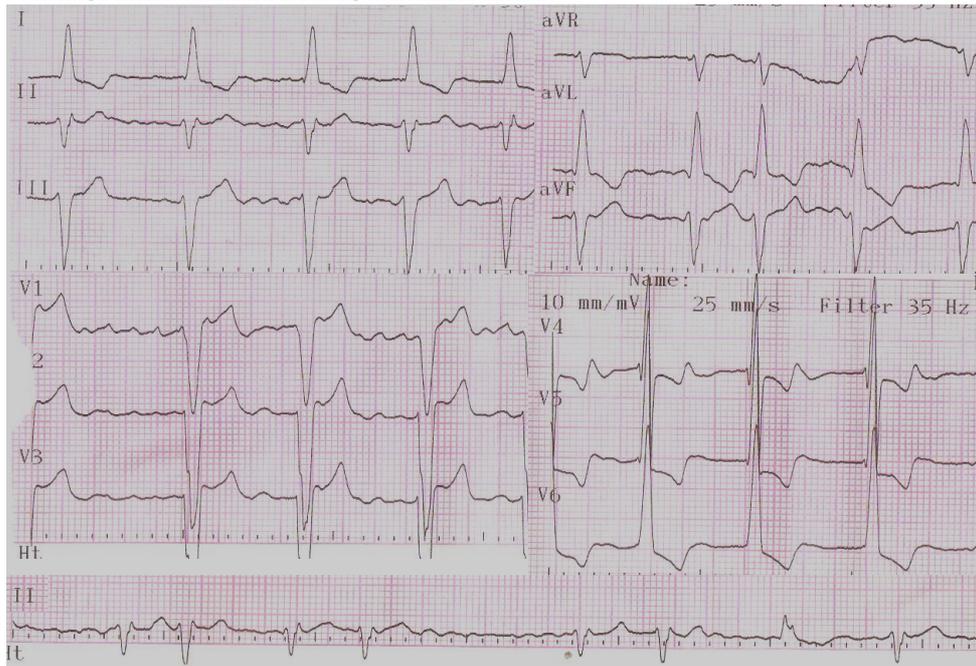
Ap. Respiratorio: Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado palpable cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal, bazo no se palpa.

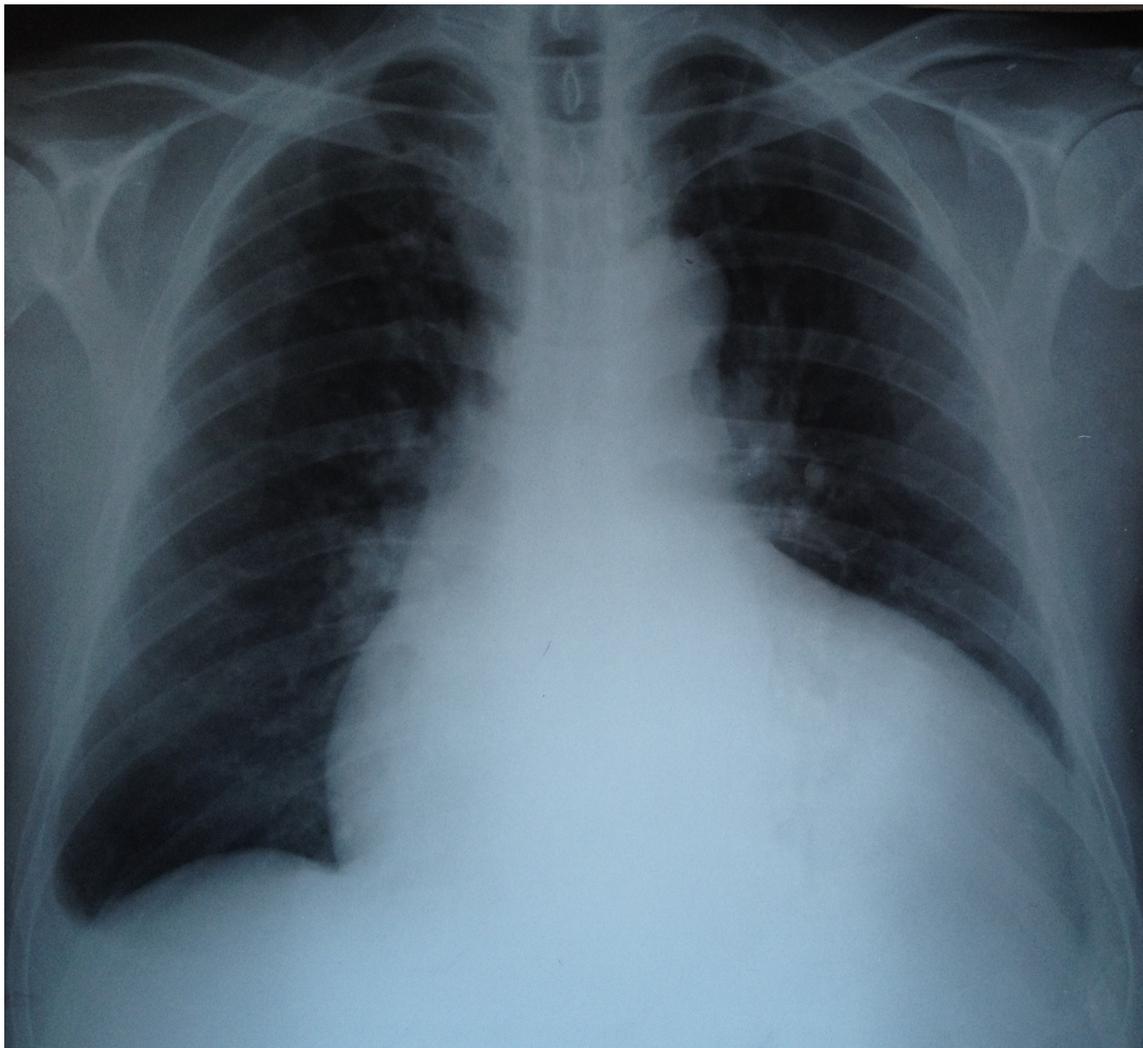
Neurológico: Paciente lúcido, sin signos meníngeos ni foco motor.

Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica, sin edemas.

ECG ingreso sala de cardiología B.C. 04/2/16



RX ingreso sala de cardiología B.C. 15/02/16



Evolución en sala 04/02/16 al 15/02/16

Al ingreso se evidencia deterioro de la función renal por lo que se suspende tratamiento con enalapril y espironolactona.

Evoluciona hemodinámicamente estable, realizando balance negativo forzado con diuréticos, con mejoría signo/sintomatológica.

Presenta mejoría de la función renal por lo que se reinicia tratamiento habitual.

El 05/02 se realiza ecocardiograma.

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>FAC</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>
70 mm	53 mm	24 %	1,2 cm	1,1 cm

- Dilatación severa de la raíz aórtica 49 mm hasta unión sinotubular.
- Válvula aórtica trivalva, con valva no coronariana de menor tamaño, y con eversión de la valva coronariana derecha. No se observa vegetaciones. Insuficiencia aórtica severa.
- Disfunción sistólica severa.
- Aurícula izquierda moderadamente dilatada (36 cm²), aurícula derecha levemente dilatada (29 cm²).
- HTP leve (PSAP 38 mmHg).
- Función ventricular derecha conservada.
- Presenta dos imágenes nodulares de 10 y 20 mm respectivamente, en la pared de la aurícula derecha, a nivel del abocamiento de la vena cava superior sugestiva de trombo.

Evolución en sala 15/02/16

Se presenta paciente a servicio de cirugía cardiovascular para programar reemplazo válvula aórtica. Se inician exámenes prequirúrgicos.

El día 15/02 19:30 hs se acude ha llamado de enfermería, se constata paciente en PCR en contexto de asistolia se realiza RCP básica y avanzada por 40 minutos no exitosa, siendo las 20:10 se constata óbito.

Laboratorio

	<u>Ingreso 02/02</u>	<u>Ingreso sala 04/02</u>	<u>06/02</u>	<u>Óbito 15/02</u>
Hematocrito	47	51	47	41
GB	8400	8200	7300	5800
Plaquetas	243000	188000	189000	172000
Glucosa	130	102	128	135
Urea	195	165	145	68
Creatinina	2,23	1,76	1,7	1,3
<u>Hepatoograma</u> BT/BD/GOT/GPT	2,9/2,1/230/418	2,2/1,4/115/280	1,4/0,7/67/180	1,1/0,6/51/91
TP/KPTT/RIN	39/35/2			60/41/1,3
<u>Ionograma</u>	136/6,0/101	133/4,2/97	133/4,2/94	133/4,4/92