



ATENEO CLINICO

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

Fernando Alvarez

18/04/2012

PACIENTE: M. A. SEXO: masculino EDAD: 50 años

Fecha de ingreso: 06/02/2012 Fecha de alta: 16/02/2012

MOTIVO DE INTERNACION:

Angor.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere comenzar 3 días previos a la consulta con dolor precordial característico, en reposo de intensidad 2/10, de menos de 5 minutos de duración que cede en forma espontánea. El día 06/02 presenta dolor precordial, de similares características, y de mayor intensidad y duración por lo que consulta a hospital Vélez Sarsfield, donde se constata en electrocardiograma injuria subepicárdica anterior extensa. Se interpreta cuadro como síndrome coronario agudo con elevación del ST por lo que se inicia infusión de estreptoquinasa. Por presentar síndrome clínico de reperfusión negativo, se decide su derivación a este centro para realización de angioplastia de rescate.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

Tabaquista de 40 cigarrillos por día durante 30 años. 60 paquetes/año.

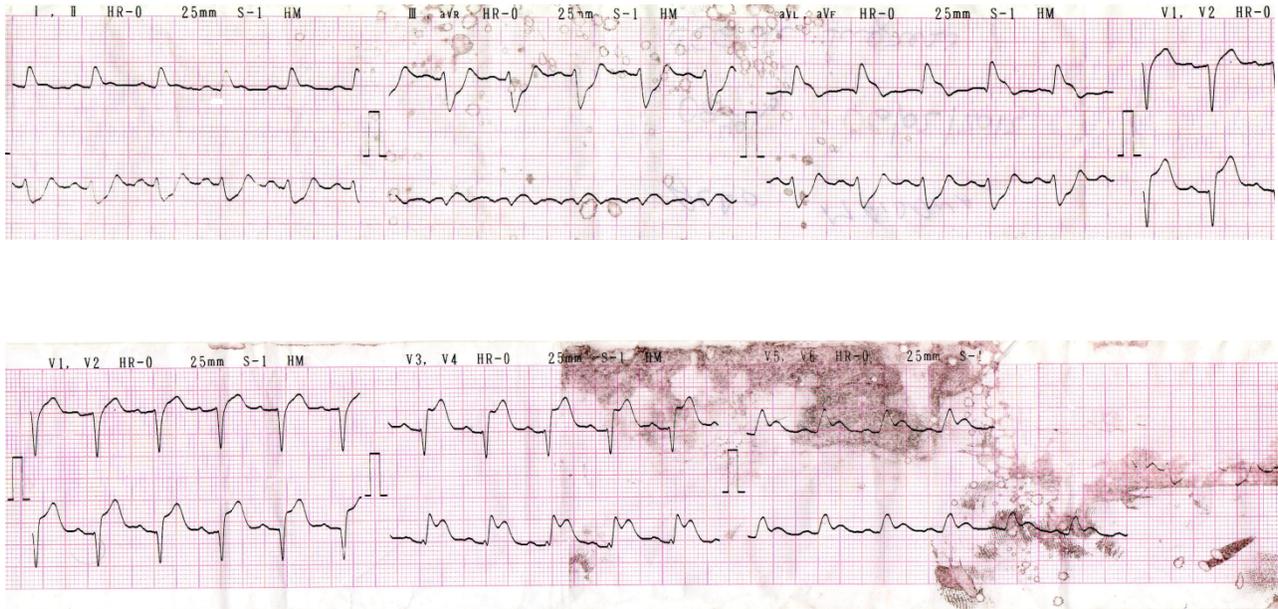
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

No presenta.

TRATAMIENTO HABITUAL:

Ninguno.

ECG DE HOSPITAL VELEZ SARSFIELD (6/02/2012)



Ingresa a sala de Hemodinamia lúcido, normotenso, taquicárdico, con tolerancia parcial al decúbito evolucionando durante el procedimiento con shock cardiogénico, con requerimientos de inotrópicos, catéter de Swan Ganz, BCIAo y conexión a ARM.

TIEMPOS:

- **Tiempo de ventana:** 5:19 hs. **Puerta Aguja:** 1:15 hs. **Puerta Balón:** 4:19 hs.

INFORME DE CINECORONARIOGRAFIA:

- **TCI:** ocluido a nivel distal.
- **Descendente anterior:** presenta irregularidades parietales difusas. Lesión significativa a nivel del nacimiento del primer ramo diagonal.
- **Arteria Circunfleja:** a nivel proximal y medio presenta dos lesiones significativas.
- **Coronaria derecha:** irregularidades parietales difusas.

- Se realiza angioplastia a TCI con stent exitosa.

EXAMEN FISICO AL INGRESO A UCO

TA = 90/45 mmHg

FC = 135 lpm

FR = 20 cpm

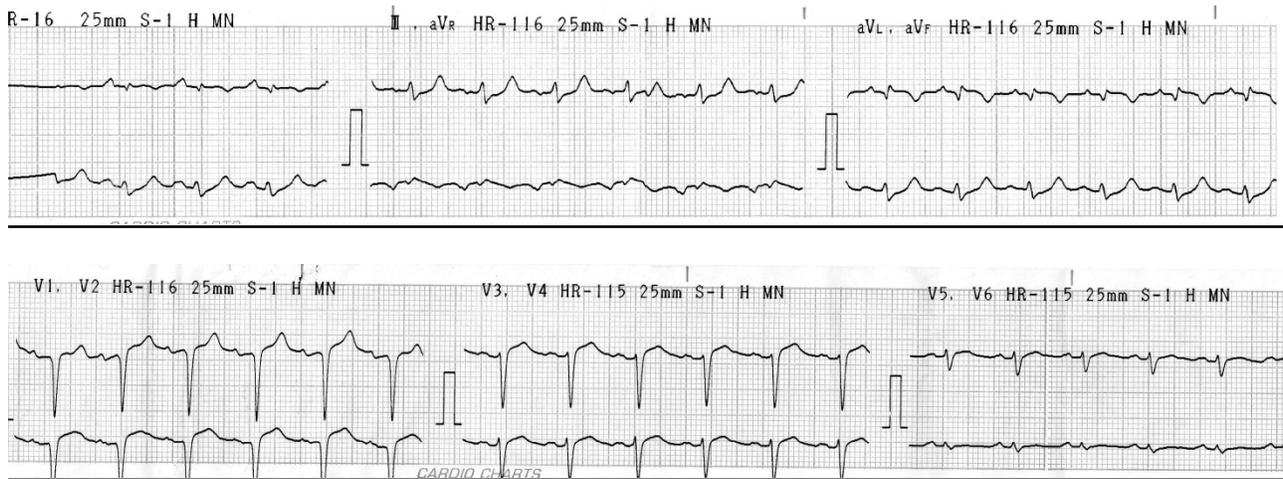
T = 36 °C

Con Dobutamina 5 ugr/kg/min, Noradrenalina 0.26 ugr/kg/min, BCIAo: 2:1, 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 8/FR 20/ 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 4. Pupilas isocóricas y reactivas. Sin signos de foco neurológico.

ELECTROCARDIOGRAMA DE INGRESO A UCO

POST ATC (6/02/2012-12:00 hs)



EVOLUCION UCO 06/02/2012

- Paciente evoluciona favorablemente, se inicia descenso progresivo de inotrópicos lo que permite retiro de BCIAo sin complicaciones.
- Se extuba de manera exitosa a las 12 horas de su ingreso a Unidad Coronaria.

Swan Ganz:

FECHA	TA	FC	PVC	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	SaO ₂	Diu	
06/02/12 12:30	126/72	117	15	27	4.9/2.6	1387	146	75	97	250	DBT: 5 NA o.26 BCIAo 2:1
15:00	103/66	111	12	20	4.1/2.1	1229	273	67	95	700	DBT: 5 NA: 0.24 BCIAo: 2:1
21:00	98/58	103	10	17	4.4/2.3	1127	109	73	96	1200	DBT:4 NA:0.19 Sin BCIAo
07/02/12 00:00	97/54	107	11	15	4.2/2.2	1123	114	70	98	1600 -400	DBT:4 NA:0.15 Extubado
9:00	99/64	98	11	12	5.1/2.7	992	186	72	97	500	DBT:4 NA:0.06
21:00	90/67	99	8	-	5.2/2.8	975	-	66	97	2900 -1000	Sin inotrópicos

ECOCARDIOGRAMA 07/02/2012

<u>DDVI</u>	<u>DSVI</u>	<u>FAC%</u>	<u>SIV</u>	<u>PP</u>	<u>AI</u>	<u>AO</u>
53	46	13	1.1	0.8	4.3	2.8

- VI no dilatado con grosor parietal normal. Deterioro severo de la función sistólica. FEY 33%.
- Acinesia del septum anterior, pared anterior y pared lateral de base a apex. Hipocinesia del resto de las paredes.
- Aurícula izquierda levemente dilatada. Insuficiencia mitral leve.
- Patrón de llenado restrictivo del VI. PSAP 45-50 mmHg. Cavidades derechas normales.

EVOLUCION UCO 07/02 al 10/02

- El paciente evoluciona estable hemodinámicamente, con adecuado ritmo diurético, asintomático para angor o equivalentes por lo que el 10/02/2012 se decide su pase a Sala de Cardiología.
- Debido a registros de hipotensión arterial no se inician betabloqueantes ni IECA.

- El 16/02/12 se decide alta hospitalaria.

TRATAMIENTO AL ALTA:

- AAS 200 mg/día.
- Clopidogrel 75 mg/día.
- Espironolactona 25 mg/día.
- Atorvastatina 20 mg/día.

LABORATORIO:

	06/02/2012	07/02/2012	10/02/2012
HEMATOCRITO	47	42	34
GB	22800	11700	7900
PLAQUETAS	316000	204000	136000
GLUCEMIA	262	151	89
UREA	35	53	43
CREATININA	1.01	1.21	0.89
BT/BD	0.79/0.29	0.62/0.20	0.95/0.34
GOT/GPT	541/127	663/191	143/47
HB GLICOSILADA	-	5.61	-
TP/KPTT	77/164	97/27	99/29
CPK/CPK-MB	9570/1100	12250/1330	418/37
COL /TG	-	239/173	-
HDL/LDL	-	53/150	-

	06/02/2012	07/02/2012	09/02/2012	13/09/2012
PH	7.21	7.44	7.44	7.35
PCO ₂	46	35	42	42
PO ₂	121	--	--	--
HCO ₃	18	23	28	23
EB	-9.4	-0.4	4.6	-2.2
SAT O ₂ %	97.7%	--	--	--
Ionograma	141/4.7/106	134/3.2/108	137/4.4/103	137/3.4/106
TRASTORNO	Ac. Metabolica	EAB normal	Alcalosis mixta	Ac. respiratoria

REINGRESO A SALA DE CARDIOLOGÍA 13/03/2012

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea.

ENFERMEDAD ACTUAL

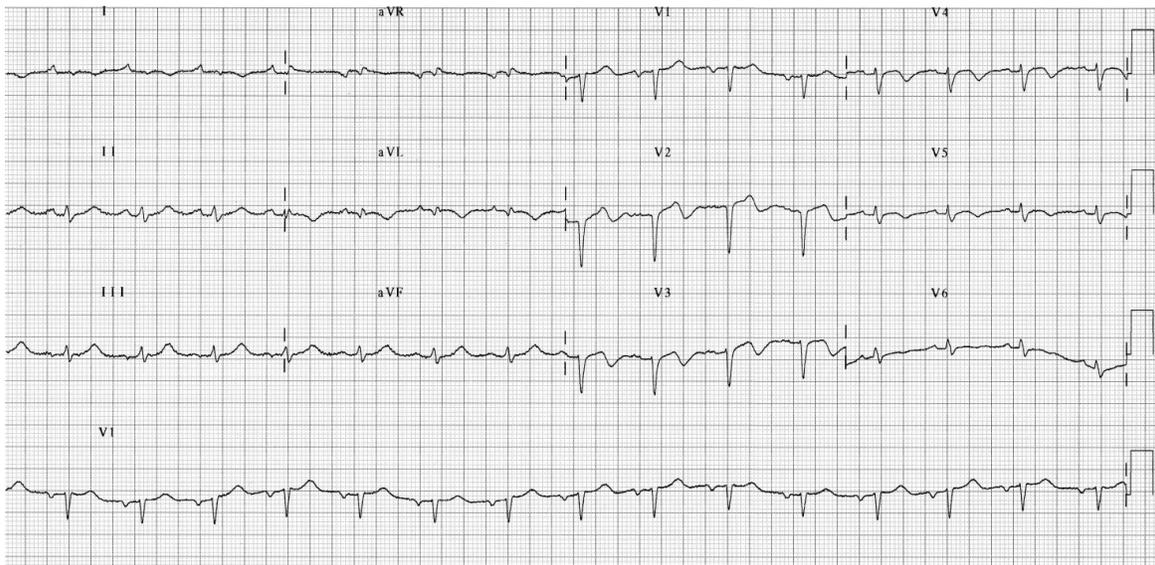
Paciente refiere comenzar una semana posterior al alta con disnea progresiva hasta CF III, asociado a tos no productiva, ortopnea, por lo que consulta a médico de cabecera, quien inicia tratamiento vasodilatador. Por persistencia de signosintomatología, consulta nuevamente a su médico de cabecera quien decide su internación en Sala de Cardiología.

EXAMEN FÍSICO DE REINGRESO:

TA = 85/45 mmHg	FC = 90 lpm	FR = 20 cpm	T = 36 °C
-----------------	-------------	-------------	-----------

- **Ap. cardiovascular:** intolerancia al decúbito, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio. RHY ausente. Choque de punta en 5º EIC LAA. Pulsos periféricos conservados y simétricos, sin edemas. R1-R2 4 focos, R3 presente. Silencios libres.
- **Ap. Respiratorio:** BMV, hipoventilación generalizada con crepitantes bibasales.
- **Abdomen:** Blando, depresible, indoloro. RHA presentes, sin signos de visceromegalias ni ascitis.
- **Ap. Neurológico:** Lúcido, Pupilas isocóricas y reactivas. Sin signos de foco neurológico.

ECG DE REINGRESO 13/03/2012:



EVOLUCIÓN:

Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada retrógrada izquierda, secundaria a progresión de enfermedad de base.

Se inicia tratamiento diurético EV, realizándose balance negativo (2000 ml) con adecuada respuesta.

Se realiza nuevo ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA 14/03/2012

DDVI	DSVI	FAC%	SIV	PP	AI	AO
6.5	5.7	13	-	-	-	-

- VI moderadamente dilatado con adelgazamiento parietal.
- Acinesia de la pared anterior y pared lateral desde los segmentos basales. Acinesia septal en segmentos basales, disquinesia apical y septal en segmentos medios. Hipocinesia del resto de las paredes.
- Deterioro severo de la función sistólica. **FEy de 20%**.
- Patrón de llenado restrictivo. TAPSE 23 mm. PSAP48. IM leve con jet excéntrico.

EVOLUCIÓN 15/03/2012:

- Evoluciona hemodinámicamente estable, con mejoría de la signosintomatología, otorgándose alta hospitalaria.

TRATAMIENTO AL ALTA:

- AAS 100 mg/día.
- Clopidogrel 75 mg/día.
- Atorvastatina 20 mg/día.
- Espironolactona 25 mg/día.
- Furosemida 40 mg cada 12 hs.
- Enalapril 2.5 mg cada 12 hs.

LABORATORIO:

13/03/12	
Hematocrito	36
Globulos Blancos	5800
Plaquetas	290000
Glucosa	78
Urea	32
Creatinina	1.04
CPK	85
CPK-MB	10

SEGUIMIENTO AMBULATORIO:

Se realiza el 05/04/2012 SPECT de reposo y esfuerzo con gatillado.

INFORME SPECT:

- Se realizo estudio tomográfico con cortes multiplanares con protocolo de un día con inyección de SESTAMIBI Tc99 separadamente con máximo esfuerzo y reposo.
- **Esfuerzo:** dilatación severa del VI. Aperfusión apical anterior, hipoperfusión severa inferior y lateral. Hipoperfusión severa anterior y antero-lateral medio ventricular y basal. Aperfusión del apex. Score 26.
- **Reposo:** Sin cambios. Score 26.
- **Gated:** Aquinesia anterior sin engrosamiento. Hipoquinesia moderada lateral con engrosamiento conservado. Disquinesia del apex sin engrosamiento. FEY 24%
- **Conclusiones:** secuela de necrosis en el territorio de la DA, sin isquemia. Aneurisma del apex. Viabilidad lateral que involucra el 30 % del VI.