

	Paciente	P. J.	
Sexo	Masculino	Fecha de ingreso	11/11/2010
Edad	73 años	Fecha de óbito	12/11/2010

Motivo de consulta:

Dolor precordial.

Enfermedad actual:

Paciente que refiere comenzar con dolor precordial característico intensidad 10/10 de reposo irradiado a miembro superior izquierdo de 30 minutos de duración por lo que consulta al Hospital Alvarez en donde se realiza ECG evidenciándose injuria subepicárdica anterior extensa + taquicardia ventricular monomorfa M sostenida. Se interpreta como infarto anterior extenso por lo que se inicia infusión de Streptokinasa EV. Se constata SCR NEGATIVO decidiéndose a su traslado a este hospital para ATC de rescate.

Antecedentes Personales

Factores de riesgo cardiovascular:

Ex tabaquista (40pack/years)
Sedentario

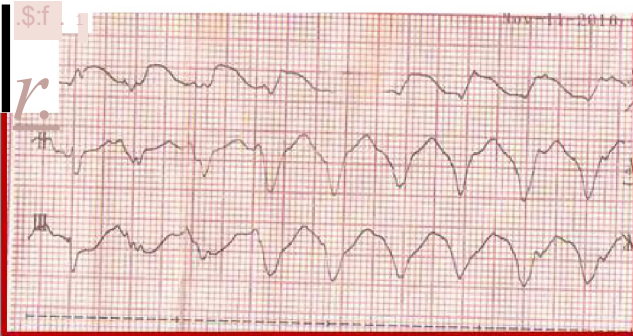
Sobrepeso

Antecedentes heredofam iiares

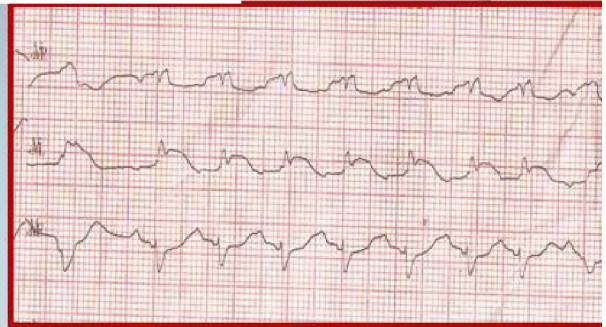
Antecedentes cardiovasculares:

Internaci6n hace 1 mes por insuficiencia cardiaca congestiva en el Hospital Durand.

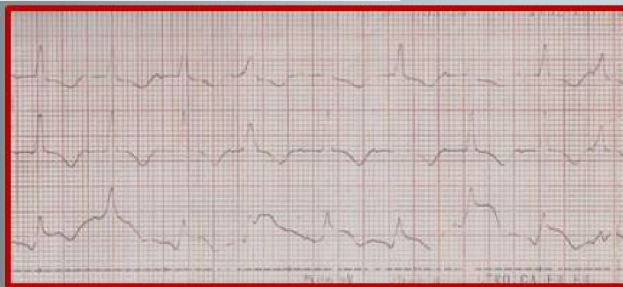
ECG de ingreso a Guardia Hosp. Alvarez



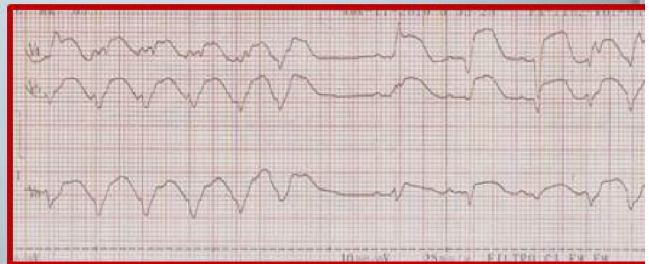
1-11-111



aVR – aVL – aVF



V1-V2-V3



V4-V5-V6

ECOCARDIOGRAMA

CORONARIOGRAFIA Y ANGIOPLASTIA

Tronco: sin lesiones

Art. Descendente Anterior: ocluida en tercio proximal.

Art. Circunf/eja: ocluida inmediatamente distal a la emergencia del primer ramo lateroventricular. Ramo LV

oclusión proximal (imagen de trombo)

Art. Coronaria Derecha: lesión moderada en tercio proximal; circulación colateral a arteria circunfleja.

Conclusion:

Angioplastia de rescate con stent a arteria DA proximal.

Angioplastia con balón a ramo LV recuperando flujo en tercio proximal y medio, quedando ocluida en tercio distal con requerimiento de trombo aspiración.

Examen Físico

TA= 98/71 mmHg

FC= 1501pm

FR= 30 cpm

T= 36.2 °C

Sat=88%

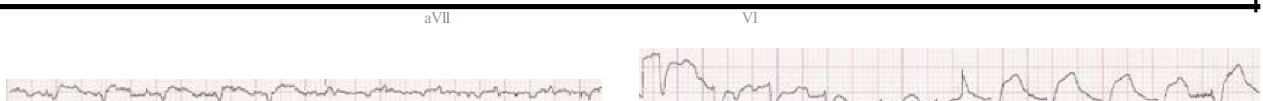
„ **Aparato Cardiovascular.** mala perfusión periférica. Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso inspiratorio. Choque de la punta 4to EIC LMC. R1 aumentado de intensidad, conservado, R3 presente en mesocardio, silencios libres.

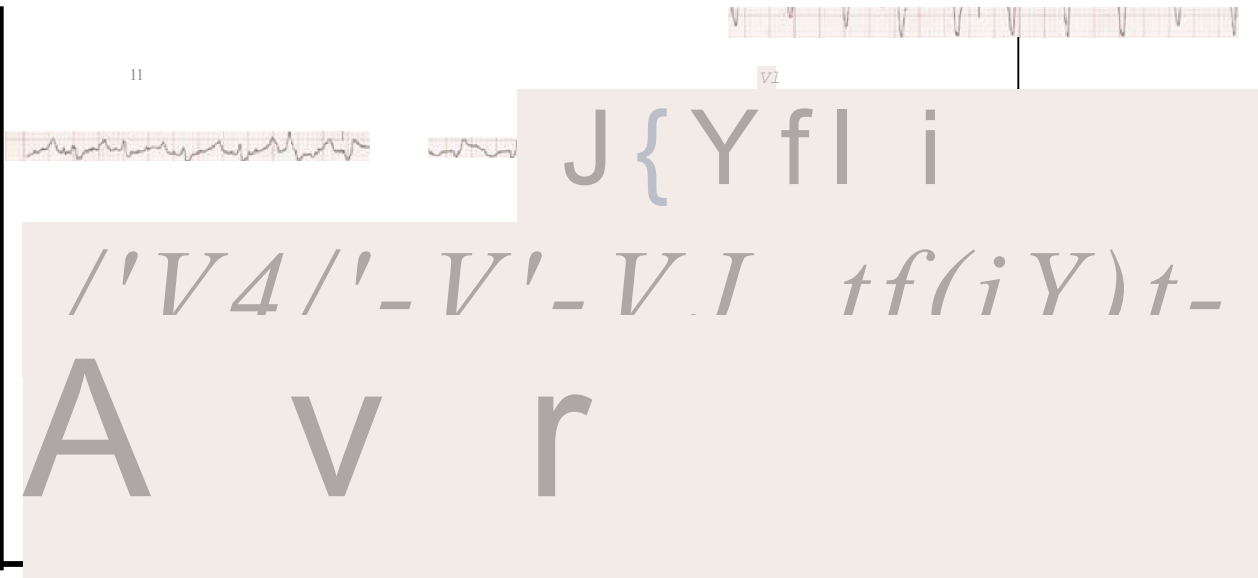
Aparato Respiratorio: mala mecánica ventilatoria. Sibilancias en tercio superior y medio bilateral. Estertores crepitantes bibasales .

= **Abdomen;** blando depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, ruidos hidroaéreos presentes.

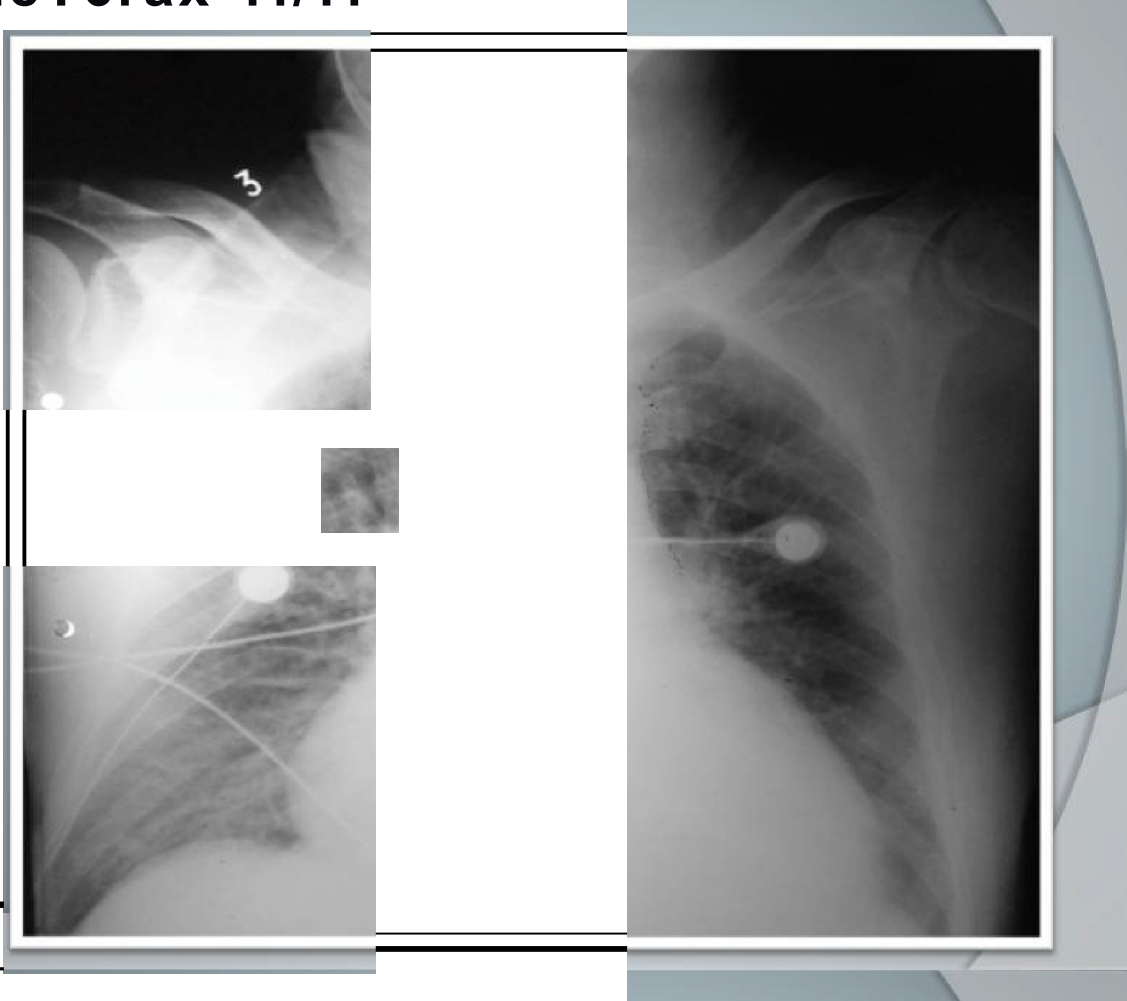
„ **Neurológico** lucido sin foco motor ni meníngeo. Pupilas isocóricas reactivas.

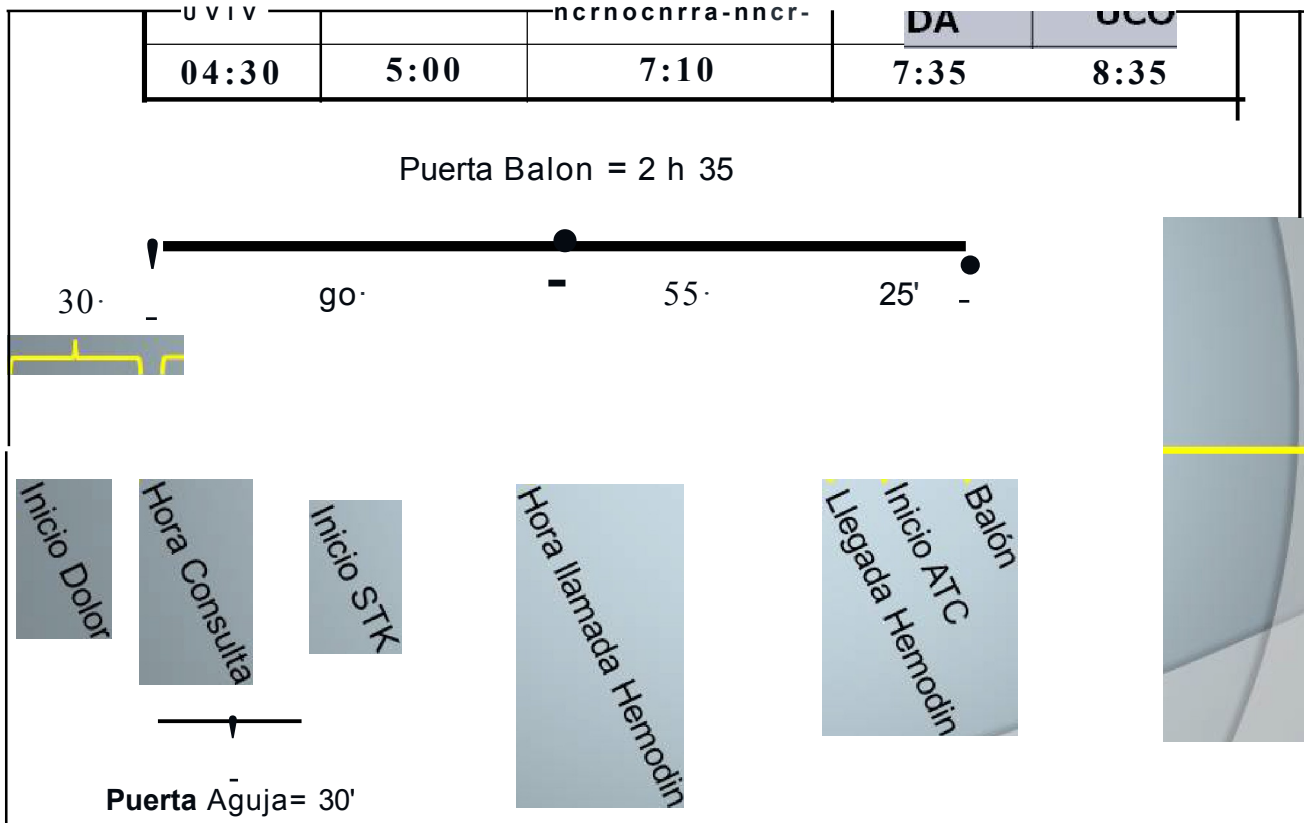
ECG de ingreso a UCO





Rx de T6 rax 11/11





Evolución - 11/11

Se interpreta el cuadro como IAM anterior extenso S/T S/P KKD con ATC de rescate a DA 1/3 proximal con stent exitosa y balón a LV no exitosa.

Paciente ingresa a UCO hemodinamicamente inestable con requerimiento de doble soporte inotrópico a altas dosis (noradrenalina y dobutamina).

Se constata mala mecánica ventilatoria y desaturación con FiO₂ al 50%, por lo que se realiza intubación orotraqueal y conexión a ARM.

DISCUSIÓN

Ecocardiograma 11/11/10

DDVI	DSVI	FAC	SIV	PP	AI	AO
6.5	5.9	9	1.06	0.87	3.9	2.3

Ventriculo izquierdo moderadamente dilatado

Aquinesia inferoposterior, lateral, anterior y apical con hipoquinesia severa del septum interventricular basal y medial.

Deterioro severo de la función sistólica (FEY 10%)

Auricula izquierda levemente dilatada

Cavidades derechas no dilatadas con deterioro severo de la función sistólica

Insuficiencia mitral moderada

Evoluci6n

Por escasa respuesta al tratamiento instaurado se decide colocaci6n de cateter de Swan Ganz para optimizar manejo hemodinamico.

SWAN GANZ 11/11/10 a 12/11/10

Hora	TAM	FC	PVC	PAP	PW	GC/IC	RVS	RVP	SVC	DIU	TTO
15:00	104/64 76	139	15	60/43 50	37	3.2/ 1.7	1609	289	55.3		DBT9 Furo1g N
18:00	77/49 55	119	14	48/33 37	33	3.4/ 1.4	1051	119	47		DBT16G F NA2.H
22:00	98/73 80	121	26	60/45 50	33	3/ 1.2	1500	461	39		DBT16 MLR0. Furo1gN,
00:00	74/53 58	115	17	53/38 42	25	2.2/1.1	1490	618	39	HMF 500ml	DBT20 MLR0.: Furo1 gN,
04:00	85/61	119	17	55/40	25	2.27/1.19	1726	704	39		DBT20 MLR0.:

07:00 90/64 117 19 59/43 30 2.4/1.27 1700 566 43.8
70

DBT20
MLRO.:
Furo 1 g N
TV

Evoluci6n

El paciente evoluciona con persistencia de inestabilidad hemodinamica con requerimiento de dosis crecientes de inotr6picos y vasopresores.

Intercurre con reiterados episodios de TV monomorfa sostenida con requerimiento de CVE electrica (1800 J) y farmacol6gica con amiodarona.

Evoluciona con PCR en contexto de TVMS refractaria a la CVE y farmacol6gica, con posterior asistolia; sin respuesta maniobras de RCP avanzada.

Se constata 6bito a las 07:00 hs.del 12-11-10