



Cas Clínic:

Malalta de 80 anys que ingressa
per Fibril·lació Ventricular

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- HTA
- Dislipèmia
- Obesitat
- DM tipus 2 insulíndependent amb múltiples complicacions macro i microangiopàtiques:
 - Retinopatia diabètica fotocoagulada.
 - Polineuropatia diabètica.
 - Vasculopatia Universal:
 - C. Isquèmica
 - Vasculopatia perifèrica.

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- Vasculopatia perifèrica:
 - Estenosis carotídia bilateral diagnosticada al 1999. Es va realitzar tromboendarterectomia esquerra al 2005.
 - Insuficiència Renal crònica estadi IV diagnosticada al 2006 amb estenosis bilateral de les artèries renals, realitzant-se ACTP + col·locació de stent sobre artèria renal esquerra al Juny de 2009. (Clearance: 26mL/min).

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- SAHS sever sense CPAP per mala tolerància.
- Hemorràgia digestiva alta al 2008 sense troballes en la gastroscòpia.
- Estenosis degenerativa del canal medul·lar a nivell de la cua de cavall.

HISTORIA CARDIOLÒGICA

Cardiopatia isquèmica

- Debuta al Gener de 2003 en forma d'IC i angina.
- Coronariografia: Malaltia coronària de 2 vasos (DA i CD).
- + Doble Lesió Aòrtica amb estenosis severa i insuficiència lleu.
- Juny de 2003: Recanvi valvular aòrtic amb biopròtesis mitroflow 21 i doble by-pass –AMI a DA i VS a DP-.

HISTORIA CARDIOLÒGICA

Cardiopatia isquèmica

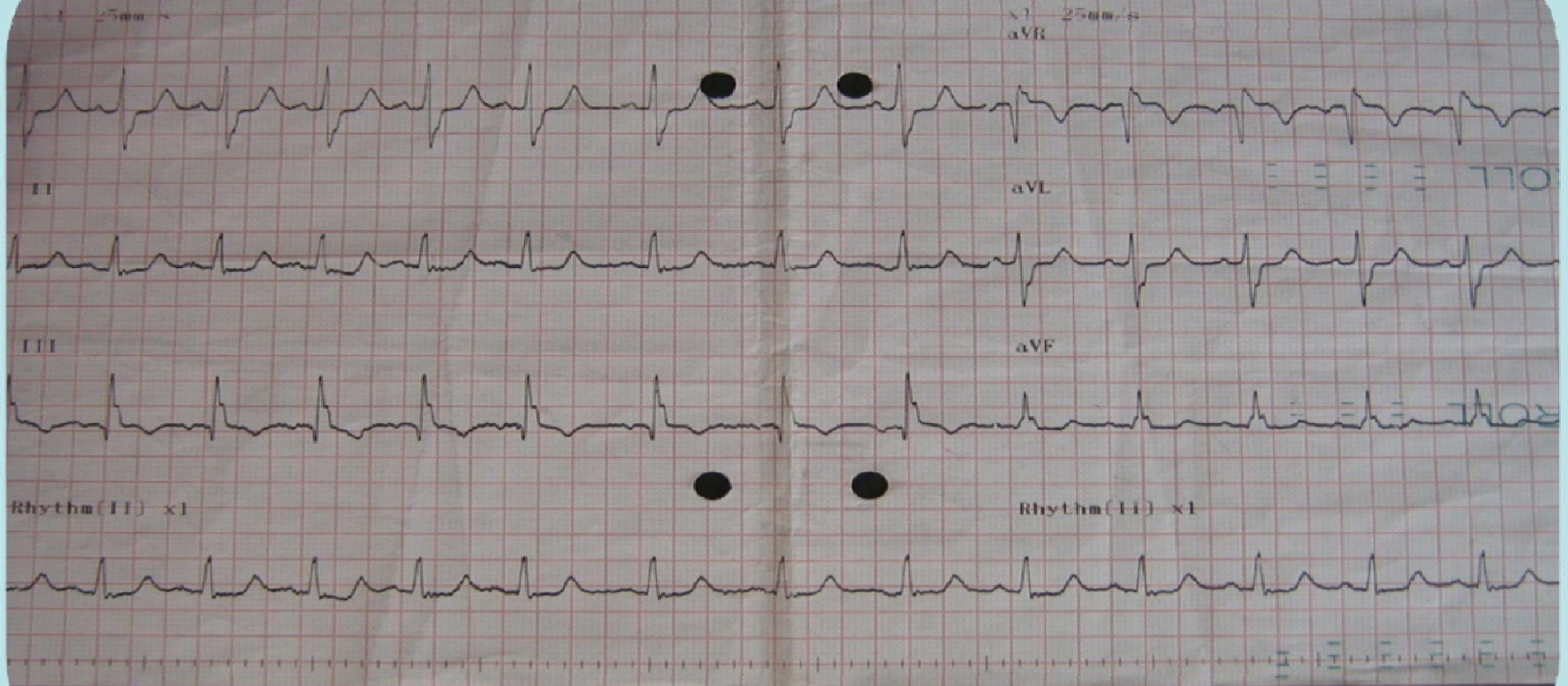
- Gener de 2008: IAM no Q Killip III en context d'infecció respiratòria.
- Desembre de 2008:ingrés per insuficiència cardíaca descompensada:
 - SPECT miocàrdic (Dipridamol) que va ser negatiu per a isquèmia.
 - Un ecocardiograma va mostrar VE no dilatada, lleugerament hipertròfic (12/11), biopròtesis normofuncionant, IM moderada, funció sistòlica lleugerament deprimida (FEVI:45-50%).
- Gener de 2010: infecció respiratòria →Mínim IAM.
 - Nou SPECT miocàrdic (Dipiridamol): no signes d'isquèmia.

MALALTIA ACTUAL

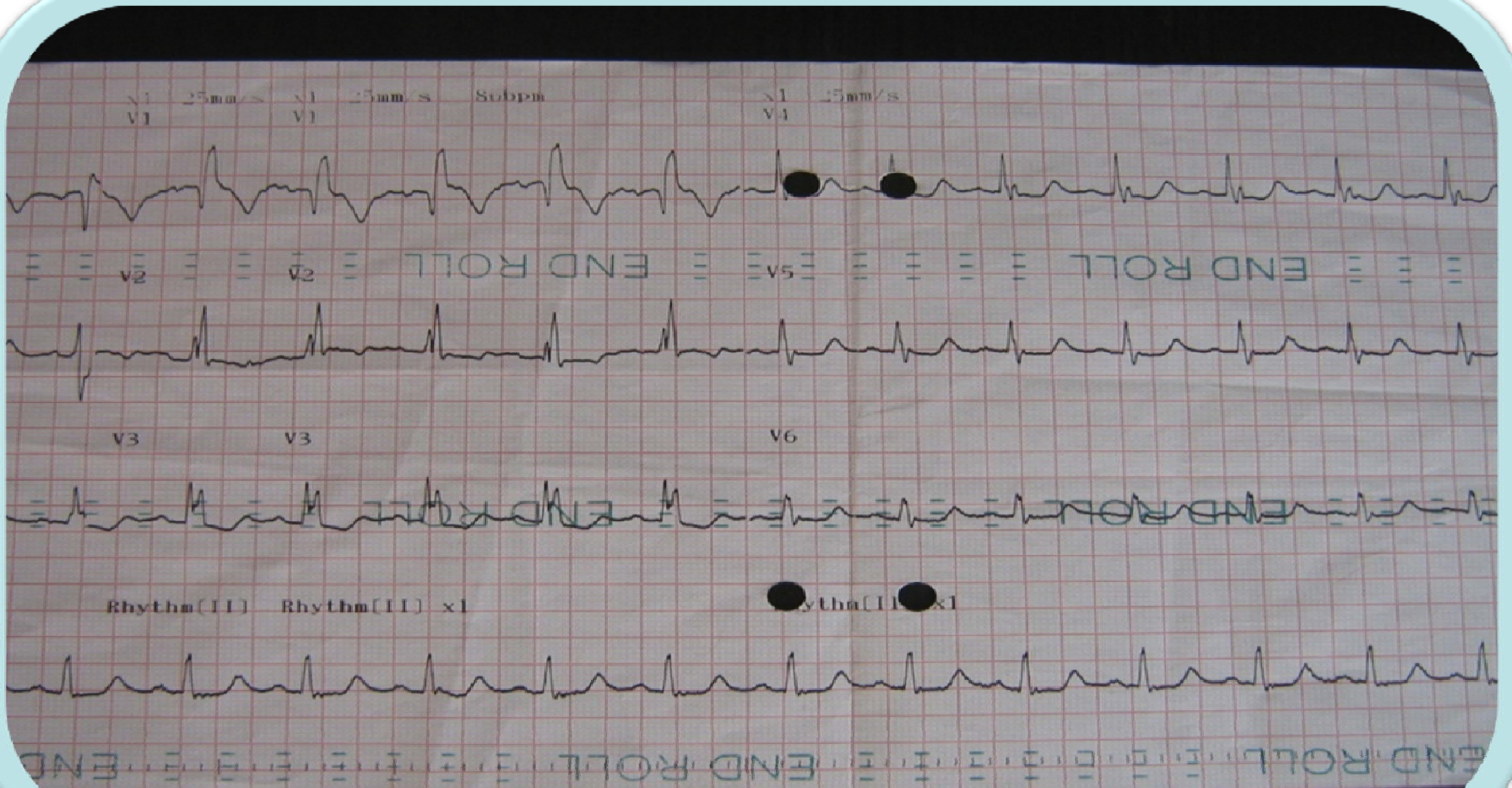
- Va acudir a urgències el dia 01/02/2010 per melenes.

L'analítica: Hb 8.2g/dL, Hto 24%, VCM 89.4, Leucocitos 13000, TQ 109%, INR 1, glucosa 202 mg/dL, urea 142mg/dL, Creatinina 1.97mgdL, Na 137mmol/L, K 4.55mmol/L, AST 13 UI/L, ALT 11UI/L.

ECG (Urgències)



ECG (Urgències)



¿Davant d'una hemorràgia digestiva què cal fer en un pacient amb Cardiopatia isquèmica?

- ✓ Retiro el tractament antiangregant.
- ✓ Mantinc l'antiagregació fins que no es demostrï el punt de sagnat.
- ✓ Si l'hematòcrit no està per sota de 30% mantinc l'antiagregació (el sagnat no es prou important).

EVOLUCIÓ

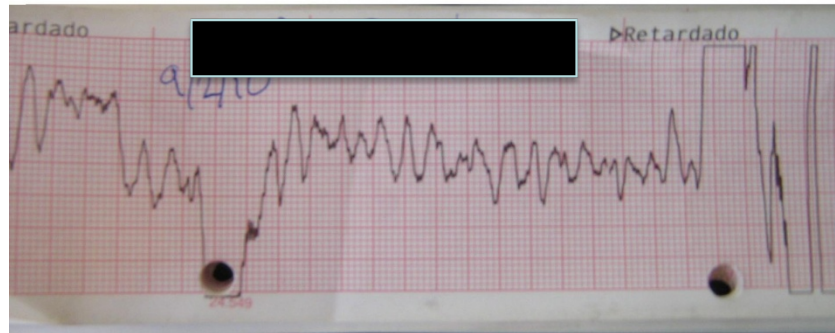
- **Fibrogastrososcòpia** urgent que va resultar normal.
- Es va decidir ingrés per a estudi.
- Estant a planta la pacient va presentar un episodi anginos que va cedir amb una cafinitrina.

¿Com s'ha d'interpretar l'episodi anginos actual?

- ✓ Angina secundària a anèmia x Hemorràgia digestiva.
- ✓ Angina secundària a retirada d'AAS.
- ✓ Simplement, l'anèmia ha posat de manifest malaltia coronària subjacent.

EVOLUCIÓ

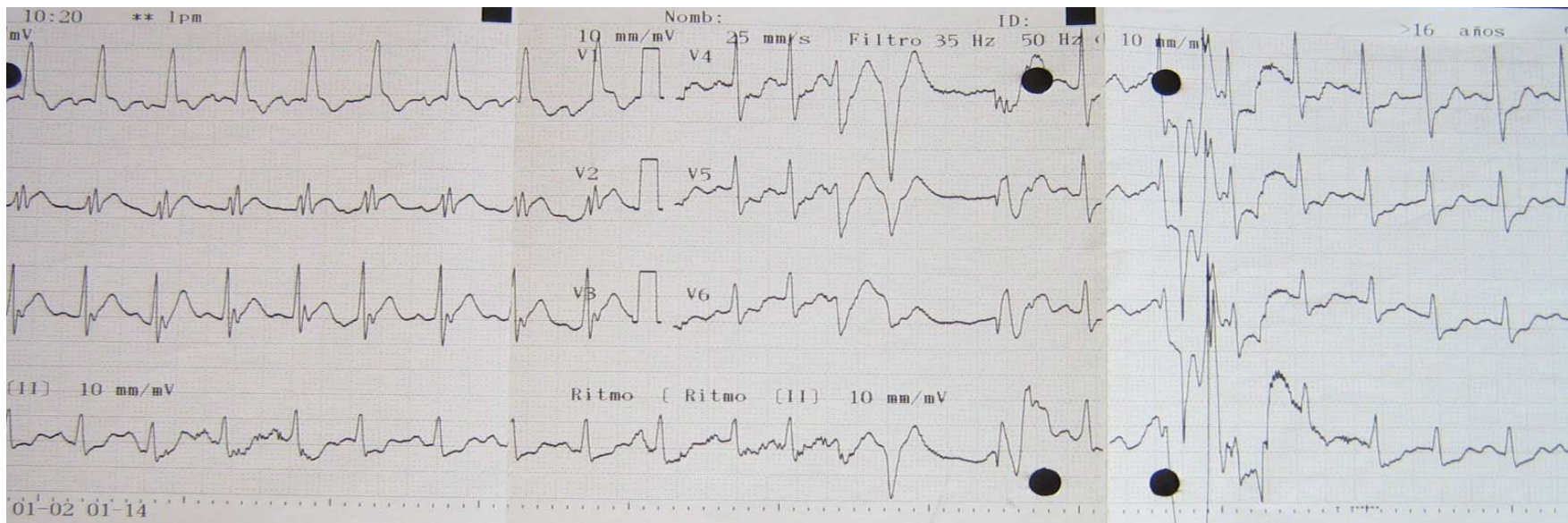
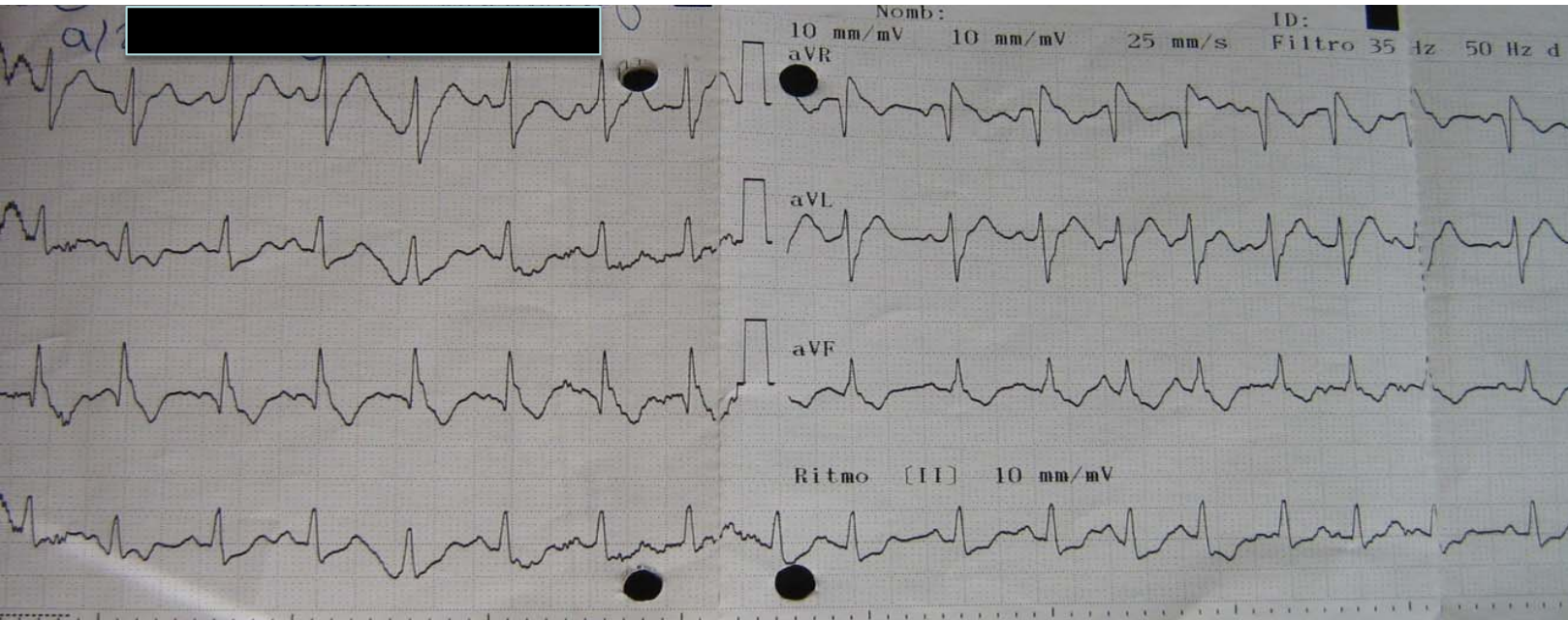
- Es va interpretar com angina hemodinàmica i es van transfondre 2 concentrats d'hematies.
- El dia 09/02/2010 va presentar aturada cardio-respiratòria per FV presenciada per equip mèdic.



EVOLUCIÓ

- Es van iniciar maniobres de RCP avançada i es van realitzar 3 CVE, recuperant ritme sinusal al 8è minut.
- Es va procedir a IOT, per depressió important del nivell de consciència.

ECG:



¿Com s'interpreta l'episodi actual?

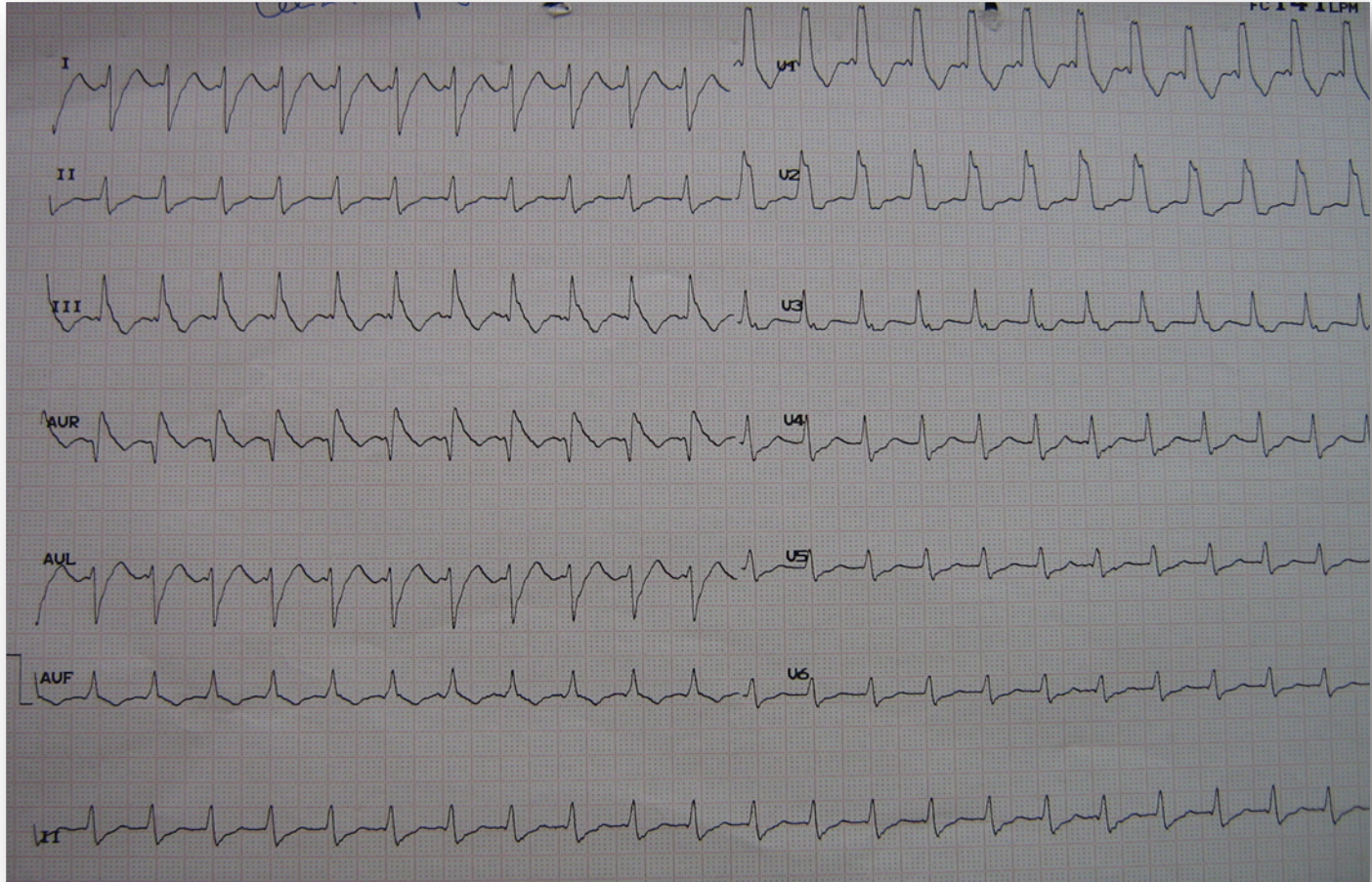
- ✓ Síndrome coronari agut + arrítmia ventricular.
- ✓ Arrítmia per zona cicatricial.
- ✓ Arrítmia per disfunció ventricular (FEVI: 45-50% amb IM moderada).

¿Com s'interpreta l'episodi actual?

- ✓ Síndrome coronària aguda + arítmia ventricular.
- ✓ Arítmia per zona cicatricial.
- ✓ Arítmia per disfunció ventricular esquerra (FE: 45% + IM moderada).

EVOLUCIÓ

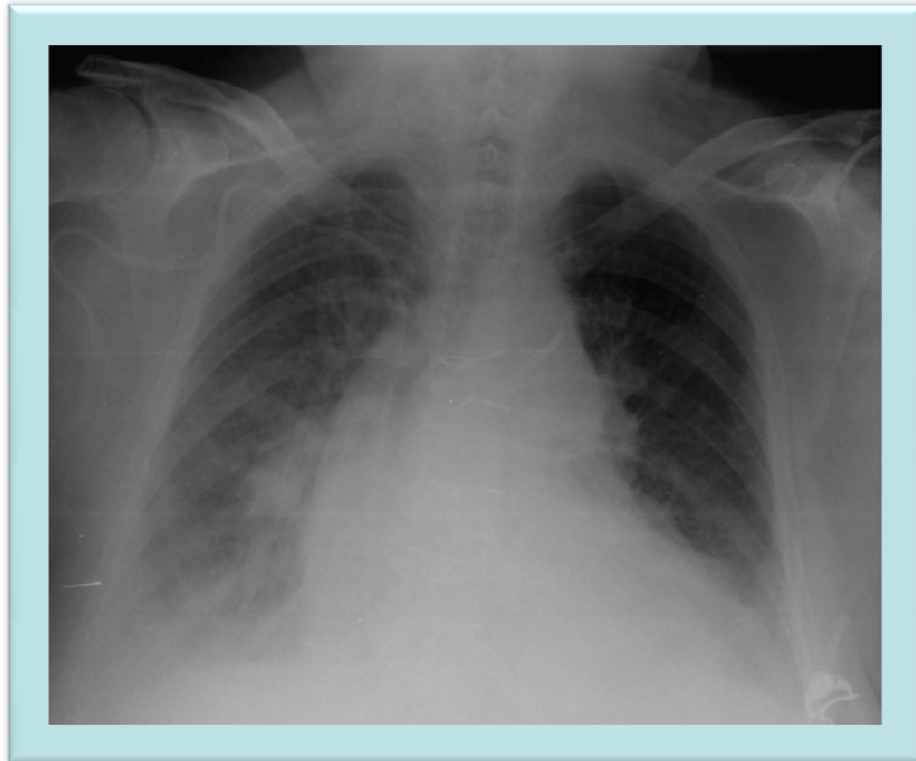
- ECG:



- **Analítica:** Hb: 8.9 gr/dL, Creatinina 2.3mg/dL .
- **Pic de marcadors (meseta):** TnT: 0.41, CKmb: 41.23.

EVOLUCIÓ

- **Ecocardiograma (mala finestra):** Ventricle esquerra moderadament hipertròfic amb funció sistòlica lleugerament disminuïda. Pròtesis aòrtica normofuncionant. Valvulopatia mitral degenerativa amb insuficiència moderada i estenosis lleugera.
- **Rx Tórax:**



Resum:

- Dona de 80 anys, múltiples FRCV, **cardiopatia isquèmica** crònica (**AMI a DA + VS a DP 2003**) i implantació de biopròtesis aòrtica.
- Múltiples episodis de **IAM no Q amb insuficiència cardíaca** tractats mèdicament (**no cateterisme** desde l'IQ).
- Ingressada per **HDA** en estudi (FGS: normal, i FCS: pendent), presenta ACR per **Fibril·lació Ventricular** recuperada.

QUINA ÉS LA MILLOR ACTITUD ARRIBATS AQUEST MOMENT?

- ✓ Cateterisme urgent i en funció d'aquest decidir Anticoag./Antiaggció.
- ✓ AAS + HBPM.
- ✓ AAS + Heparina sòdica.
- ✓ Clopidogrel
- ✓ AAS+ Clopidogrel+Heparina
- ✓ Monitoritzo i no administro A+A fins completar estudi de Sagnat digestiu

QUINA ÉS LA MILLOR ACTITUD ARRIBATS AQUEST MOMENT?

- ✓ Realitzar cateterisme urgent i en funció d'aquest decidir Anticoag./Antiaggció.
- ✓ AAS + HBPM.
- ✓ **AAS + Heparina sòdica.**
- ✓ Clopidogrel
- ✓ AAS+ Clopidogrel+Heparina
- ✓ Monitoritzo i no administro A+A fins completar estudi de Sagnat digestiu

EVOLUCIÓ A UCC

- Corba en plató del marcadors de dany miocàrdic → Es retira l'anticoagulació.
- 2^o dia d'ingrés a UCC → extubació.
- Descens de l'hemoglobina de 9.8 a 7.5gr/dl → transfusió de 2 CCHH.
- Colonoscòpia: sense punts de sagnats ni lesions responsables d'hemorràgia digestiva.
- Davant l'absència de sagnat actiu es va decidir realitzar **Coronariografia**

CORONARIOGRAFIA: CE spider



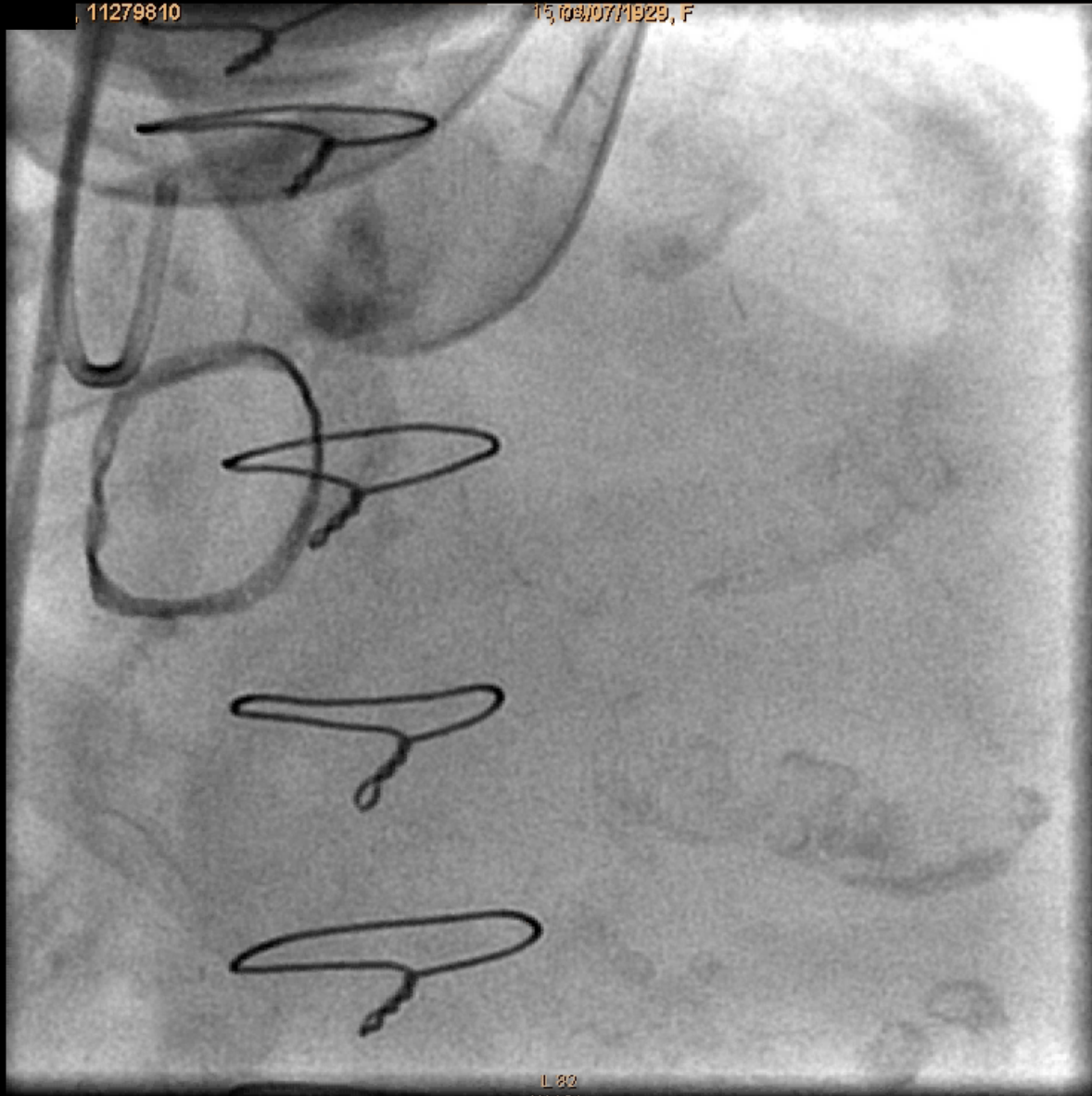
CORONARIOGRAFIA

Run 3 - Frame 1 / 68

11279810

15/03/07/1929, F

H.G.U. VALL D'HEBRON
95kV, mAs, 755mA, 8s
Zoom 146%



RAO -12,8°
Cranial 35,0°

L 82
W 121

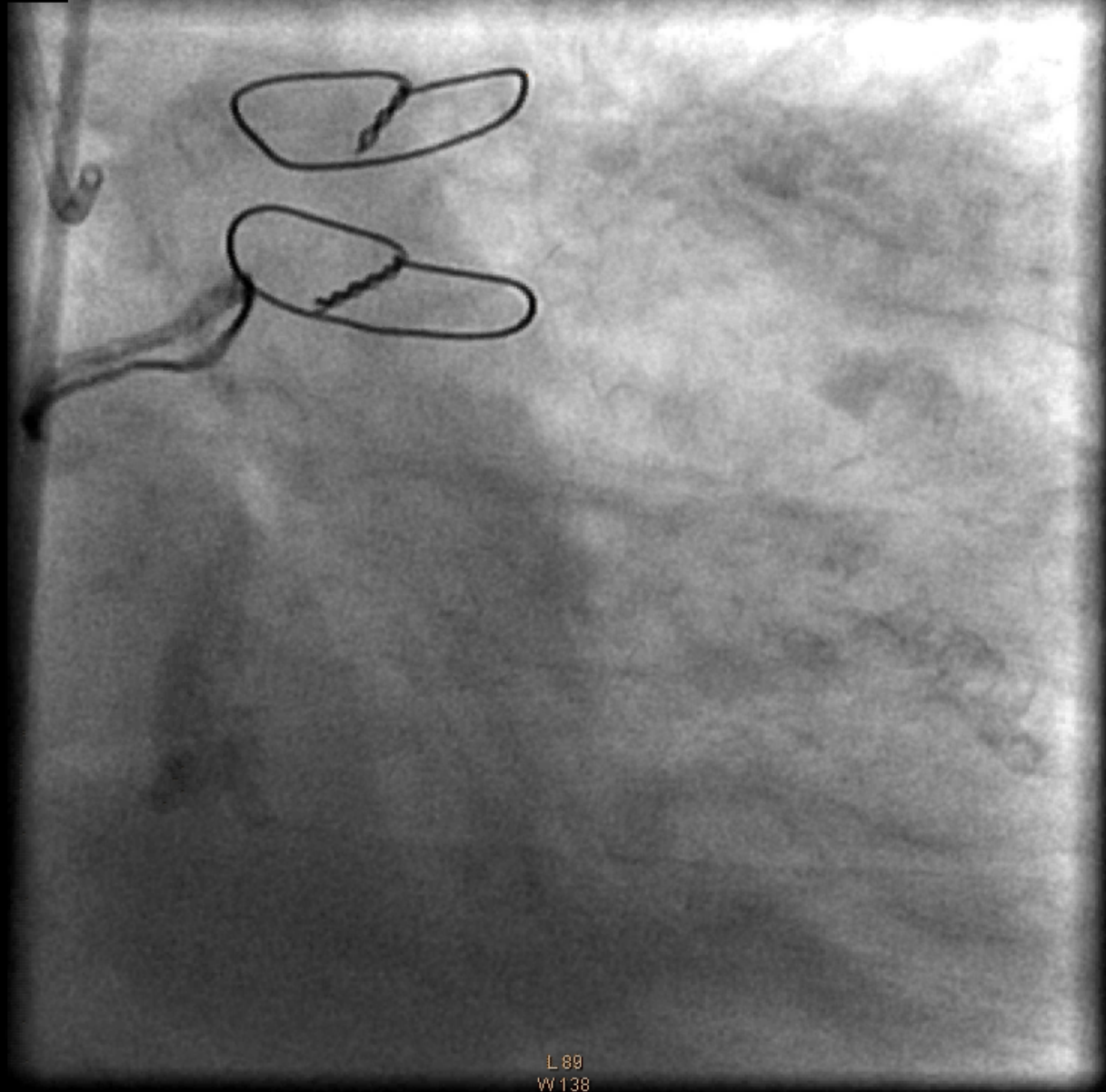
CORONARIOGRAFIA

Run 2 - Frame 1 / 63

1, 11279810

15/06/1929, F

H.G.U. VALL D'HEBRON
94kV, mAs, 760mA, 8s
Zoom 146%



RAO -15,3°
Caudal -24,5°

L 89
W 138

CORONARIOGRAFIA

11279810

16/04/2019, F

H.G.U. VALL D'HEBRON
86KV, mAs, 829mA, 7s
Zoom 146%

Run 4 - Frame 1 / 65



LAO 33,1°
Caudal -0,2°

L 100
W 152

EMPELTOGRAFIA AMI

F

11279810

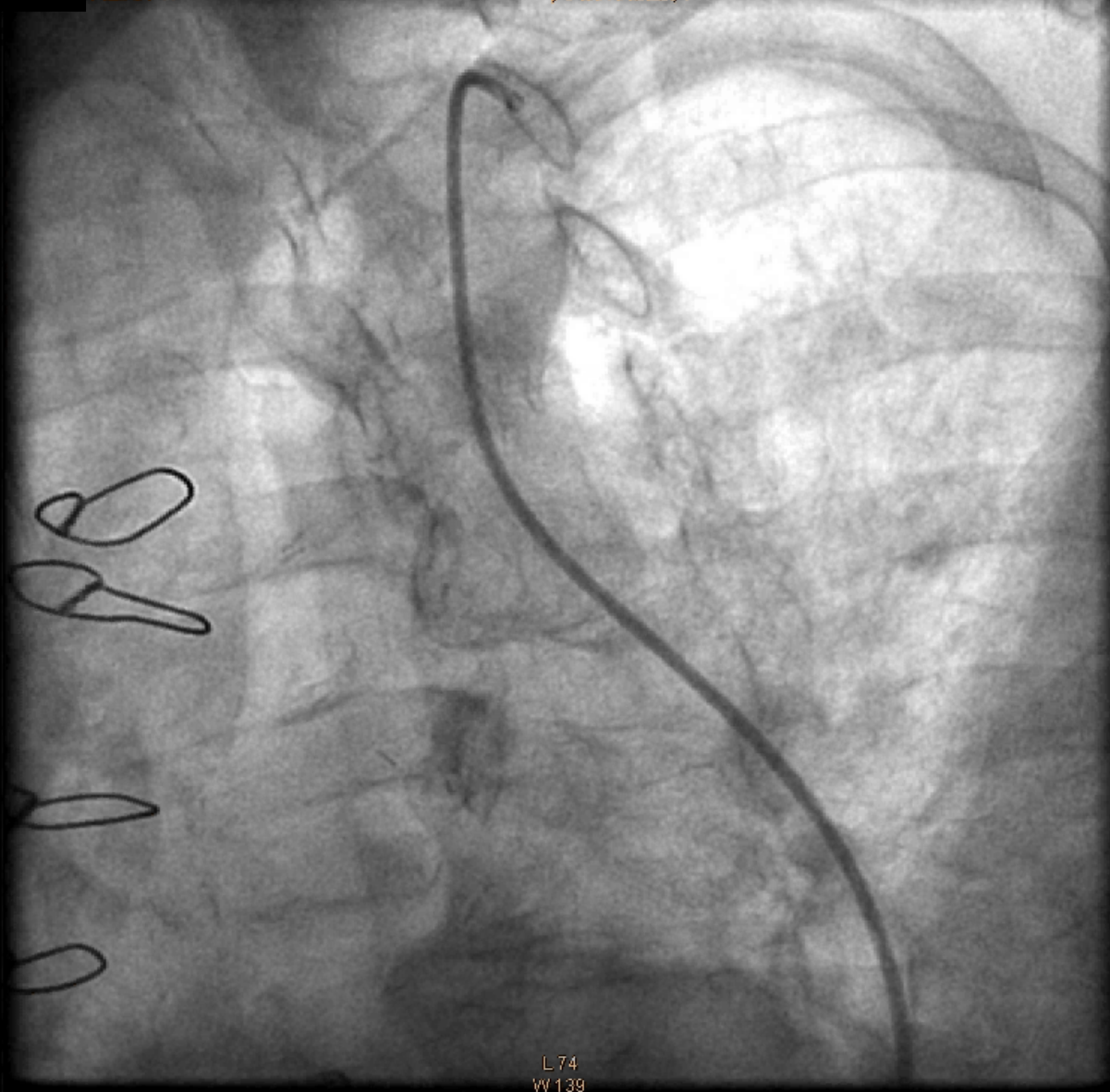
15/03/07/1929, F

H.G.U. VALL D'HEBRON

83kV, mAs, 859mA, 7s

Zoom 146%

Run 8 - Frame 1 / 65



LAO 33,6°
Caudal -0,2°

L 74
W 139

CORONARIOGRAFIA + EMPELTOGRAFIA



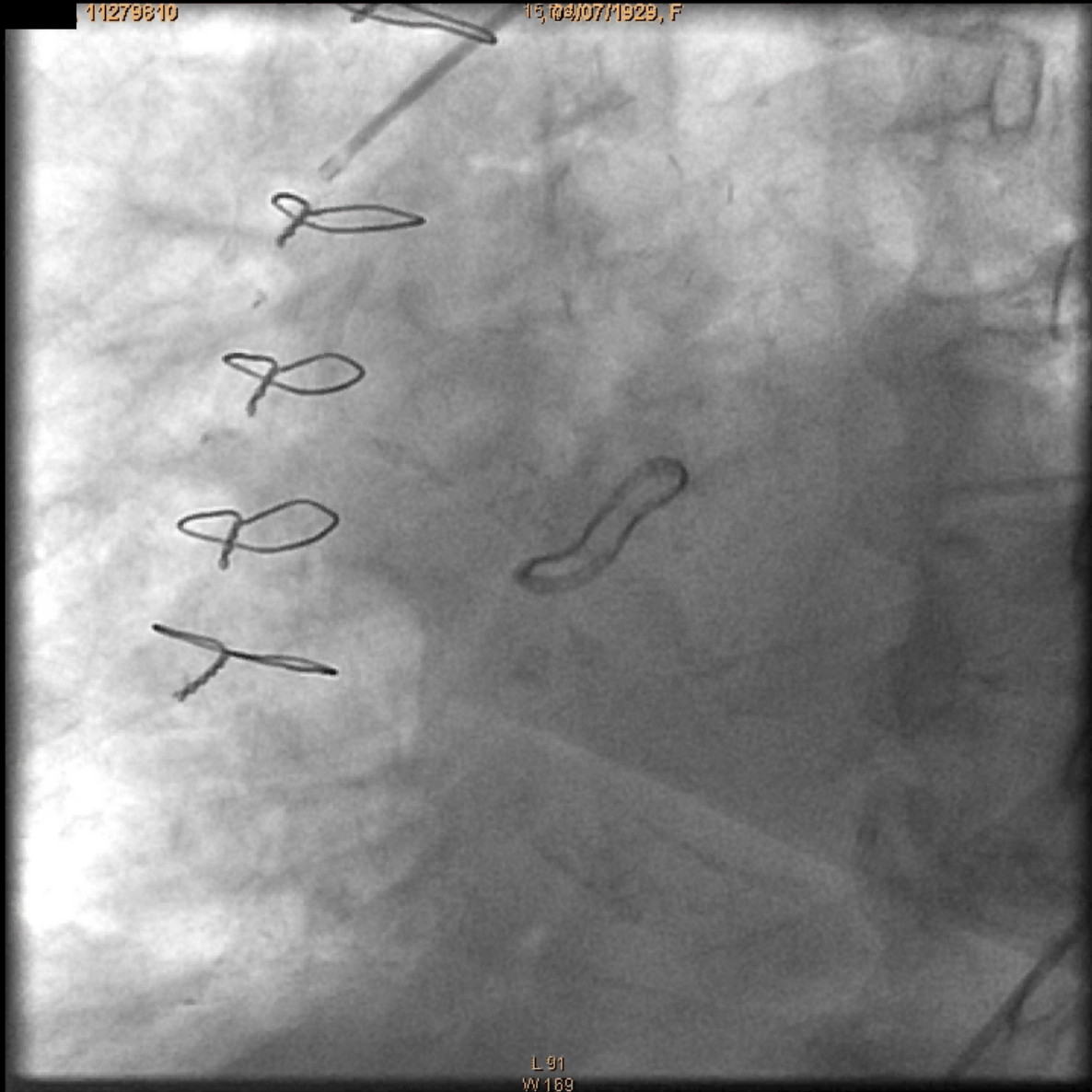
EMPELTOGRAFIA - POST STENT

Run 20 - Frame 1 / 82

11279810

13/03/2019, F

H.G.U. VALL D'HEBRON
90kV, mAs, 791mA, 7s
Zoom 146%



LAO 43,2°
Caudal -2,2°

L 91
W 169

EVOLUCIÓ

- **Respiratori:**
 - Insuficiència Respiratòria Mixte (Insuficiència Cardíaca + Infecció respiratòria) → VMNI en diverses ocasions.
- **Cardiovascular:**
 - Labilitat de la PA (Períodes de Hipo/Hipertensió amb necessitat d'us de NTG/NTP).
 - Algun episodi d'angina amb mínims canvis elèctrics.
 - ACxFA paroxística.

EVOLUCIÓ

- **Renal:**
 - Deteriorament de la funció renal amb oligoanúria que va requerir HDFVVC.
 - Posteriorment hemodiàlisis realitzant sessions contínues amb impossibilitat de fer dies alterns per empitjorament de la clínica d'insuficiència cardíaca.
- **Neurològic:** Encefalopatia metabòlica amb oscil·lacions del nivell de consciència.

La pacient va ser èxitus per fracàs multiorgànic 1 mes després de l'episodi de mort sobtada recuperada.