



# Caso clínico

La importancia de la red y la colaboración inter hospitalaria en el manejo del paciente crítico

# Caso clínico

- Hombre de 39 años
- Antecedentes
  - No alergias conocidas
  - No hábitos tóxicos, realiza deporte de manera habitual.
  - Sin factores de riesgo cardiovascular. Ni antecedentes personales de cardiopatía.
  - Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz (Padre con cirugía de revascularización coronaria a los 52 años)
  - Linfoma no Hodking con transplante de médula ósea en 2009. Dado de alta del servicio de hematología del Hospital Clínic de Barcelona en 2011.
  - No toma medicación.

# Caso clínico

- El 03-01-2015 tras realizar deporte en la playa (Windsurf y voleiball) presenta cuadro de malestar general, mareo y diaforesis por lo que decide irse a casa. A los 20 minutos es encontrado por su hermano en el suelo tras probable síncope no presenciado, desorientado, afásico y con contusiones en cara y brazo. Mientras esta hablando con su hermano presenta 2 episodios sincopales más.
- Activan al SEM(15:00 horas), quienes al llegar encuentran al paciente alerta. TA:93/70mmHg, FC:87 lpm. Realizan ECG descrito como ritmo irregular con imagen de bloqueo de rama derecha del haz de His y activan código IAM.

# Caso clínico



**HEMODINAMICA**

# Caso clínico

- Llega directamente a Hemodinámica en donde es valorado por el servicio de cardiología quienes desactivan el Código IAM al evaluar el ECG del SEM y no presentar criterios electrocardiográficos (Fibrilación auricular y Bloqueo de rama derecha del Haz de Hiz). No disponemos del ECG.
- Encontrando al paciente hipotérmico, con afasia sensitiva y desorientado, se traslada al servicio de urgencias (17:00 horas) y se realiza TAC craneal es cual es normal.
- La analítica inicial de urgencias destaca leucocitosis de 27830 con desviación izquierda y troponina I ligeramente positiva (0.417 ng/mL). Se repite ECG.

# Caso clínico

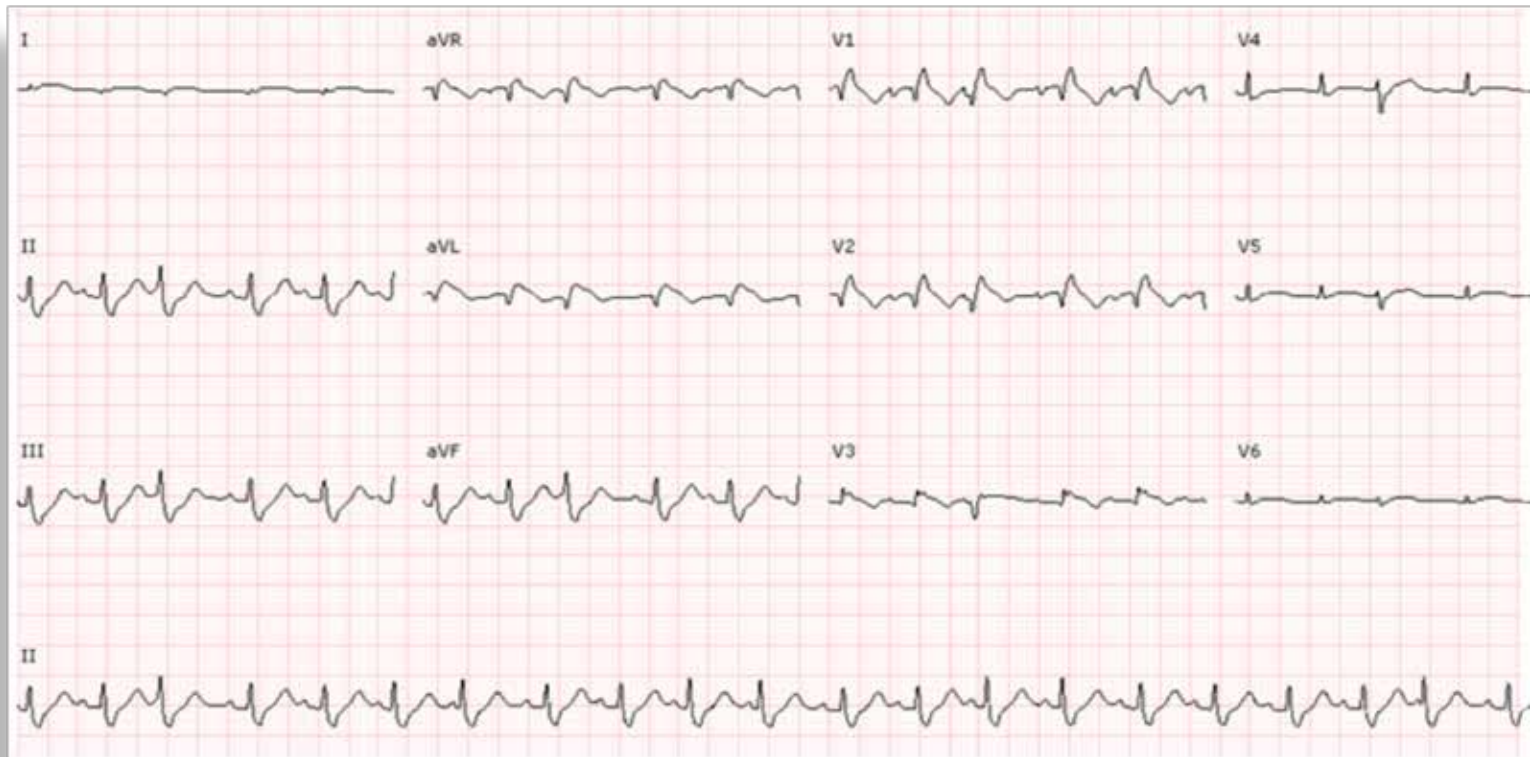


# Caso clínico

- Ante las alteraciones neurológicas y analíticas se realiza PL traumática obteniendo un LCR de características normales. Se corrige la hipotermia, con mejoría de su cuadro neurológico pero con tendencia a la hipotensión.
- 5 minutos después (18:38 horas) presenta pérdida de conciencia, movimientos tónico clínicos, observando en el monitor una FV la cual revierte a ritmo sinusal tras una desfibrilación y se realiza intubación orotraqueal. Se repite ECG.



# Caso clínico





# Caso clínico

- Se realizó Vscan que mostró disfunción severa del VI, con hipocinesia global, VD de aspecto normal, ausencia de derrame pericárdico, sin valvulopatías significativas. Ante la no disponibilidad de camas en UCO, ingresa en UCI con diagnóstico de posible miocarditis.
- En UCI se inicia noradrenalina por hipotensión, se realiza monitorización invasiva con catéter de Swan-ganz confirmando patrón de shock cardiogénico. (GC 2.5, IC 1.8, PCP 30 y IRVS 4000). Se realiza ventana neurológica con adecuada respuesta.

# Caso clínico

- En la analítica de control destaca empeoramiento de la función renal (creatinina 3.2mg/dL), aumento de transaminasas (ALT 1183U/L, AST 1269 U/L), lactato sérico(3.25mmol/L), potasio (5.4mEq/L) y troponina I (>50 ng/mL).
- Se inicia Dobutamina que se retira por taquicardia e hipotensión. Siendo preciso aumentar la NA (26mL/hora), persistiendo anúrico, con altas necesidades ventilatorias ( FIO2 80%, PEEP 8). ECG de UCI.

# Caso clínico



# Caso clínico

Ecocardiograma trans-esofágico.



# Caso clínico

- Se intenta traslado a H. Bellvitge para asistencia ventricular, siendo aceptado. En el momento del traslado hay mayor inestabilidad hemodinámica por aparición de FA, se administra amiodarona, se realiza CVE sin éxito (03:00 horas). Posteriormente revierte a RS.
- Se decide aumentar el soporte y se implanta balón de contrapulsación intraórtico, con asistencia inicial 2:1 por taquicardia.

# Caso clínico

- Con requerimiento cada vez mayor de NA (2ugm/Kg/min) sin mejoría del GC y nuevo episodio de FA se aumenta la asistencia a 1:1, se retira la amiodarona y se inicia Dobutamina a dosis bajas.
- A las 8:30 horas el paciente se traslada a H. Bellvitge.



# Caso clínico



# Caso clínico

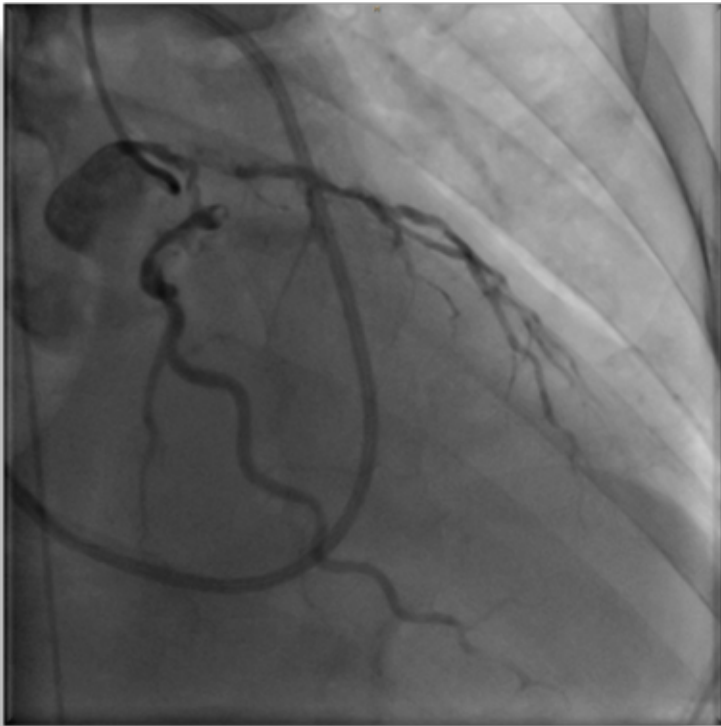
- En UCO de H.Bellvitge con fallo multiorgánico (Insuficiencia renal, hepática, respiratoria, con patrón de shock cardiogénico)
- Ecocardiografía con FEVI 10% por hipocinesia global, es comentado con unidad de ICC y Cirugía cardiaca y se implanta asistencia ventricular tipo ECMO periférica. Con mejoría hemodinámica

# Caso clínico

- En el post operatorio reingresa a cirugía para revisión de herida quirúrgica por sangrado. Sin puntos de sangrado activo, es controlado con hemoderivados, protamina y optimización del ECMO.
- Nuevamente en UCO ante la sospecha de Miocarditis aguda se administra bolo de metilprednisolona.
- A los 6 días se logra extubar. Se intenta Weaning de ECMO sin éxito.

# Caso clínico

El 12-01-2015 (8 días después del ingreso) se realiza Coronariografía



- TCI lesión de aspecto trombótico en distal 80% que involucra DA y Cx
- DA ostial 99% con 1ª Diagonal ostial 75%.
- Cx proximal 80% y Cx media proximal 70%.

# Caso clínico

- El 15-01-2015 se realiza revascularización quirúrgica con doble Bypass (AMI-DA SF-Cx), con recambio de asistencia ECMO a Levitronix izquierda.
- Tras extubación precoz, el 19-01-2015 es intubado nuevamente por insuficiencia respiratoria. Se realiza ETE y se diagnóstica Shunt derecha-izquierda en septum interauricular.
- El 21-01-2015 se incluye en programa de trasplante con emergencia 0.

# Caso clínico

- El 27-01-2015 se realizó trasplante cardiaco, en las primeras horas con patrón de shock cardiogénico y constricción (Discreta disociación injerto-caja), posteriormente con evolución satisfactoria a nivel hemodinámico.
- Como complicaciones en UCI presentó insuficiencia respiratoria por ICC, SDRA y neumonía. IRA con requerimiento de HDFVVC y múltiples infecciones.
- El 25-02-2015 se realizó traqueostomía y el 1-03-2015 se traslada nuevamente a UCO.



# Caso clínico

- En UCO se retira cánula el 09-03-2015 y posteriormente se traslada a planta.
- En unidad de ICC y trasplante evoluciona con estabilidad hemodinámica, pero con hipotonía severa secundaria al encamamiento prolongado.
- Se realizan Biopsias endomiocárdicas sin evidencias de rechazo.
- El 31-03-2015 se traslada a H. Sagrat Cor para continuar tratamiento y rehabilitación, haciéndose efectivo el 02-04-215.

**Gracias**