



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Reanimación cerebrocardiopulmonar prolongada exitosa en un paciente con muerte súbita: un reporte de caso



Javier García Reyes*

Médico Universidad Nacional de Colombia, Anestesiólogo Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Coordinador Departamento de Anestesia Clínica LaFont, Hospital Engativa ESE, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de diciembre de 2013

Aceptado el 23 de marzo de 2014

On-line el 19 de mayo de 2014

Palabras clave:

Muerte súbita

Reanimación

Paro cardíaco

Marcapasos

Enfermedad coronaria

Valvulopatías

Encefalopatía isquémica-hipóxica

R E S U M E N

Se reporta el caso de un paciente de 63 años de edad, cirujano plástico facial de profesión, con antecedentes cardiovasculares de reemplazo valvular aórtico, hipertensión arterial, marcapasos y anticoagulación, quien presenta muerte súbita de origen cardíaco en salas de cirugía. Se inician maniobras de reanimación básica y avanzada, se evidencia fibrilación ventricular y se desfibrila en 4 oportunidades sin éxito, se aplican epinefrina, bicarbonato, amiodarona y lidocaína. El paciente alterna entre fibrilación ventricular, actividad eléctrica sin pulso y asistolia. La reanimación se mantiene constante durante todo el proceso, que dura 1 h y 45 min, incluyendo el traslado a una clínica de tercer nivel, en donde consideran que el paciente está en asistolia. Tras otra descarga y más amiodarona, el paciente recupera la circulación espontánea, se normalizan los signos vitales y se deja en la UCI en condiciones hemodinámicamente estables. A las 18 h el paciente despierta sin daño neurológico evidente, permanece en la UCI por un mes, resolviendo los problemas relacionados con el síndrome isquemia-reperusión, y luego de 20 días más con fisioterapia en la habitación, el paciente es dado de alta con recomendaciones de rehabilitación en el hogar sin ningún déficit neurológico. A los 3 meses del evento el paciente se encuentra reintegrado a la vida familiar, social y laboral en perfectas condiciones.

Luego de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos médicas electrónicas de: Medline, Lilacs, Scielo y Ovid, se discuten en esta revisión narrativa algunos aspectos interesantes reportados por otros autores en relación con este tema.

© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Carrera 16 # 86A-32 Bogotá, Colombia.

Correos electrónicos: garciareyesjavier@hotmail.com, garjairo@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.03.006>

0120-3347/© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Successful extended cerebrocardiopulmonary resuscitation of a sudden death patient: A case report

ABSTRACT

Keywords:

Sudden death
Resuscitation
Cardiac arrest
Pacemaker
Coronary disease
Valve disease
Hypoxic ischemic encephalopathy

This is the case of a 63-year-old patient, who is a plastic surgeon and has a history of aortic valve replacement, hypertension, pacemaker and anticoagulation, who experienced cardiac sudden death in the OR. Basic and advanced life support maneuvers were initiated; there was evidence of ventricular fibrillation and the patient was defibrillated 4 times unsuccessfully. Epinephrine, bicarbonate, amiodarone and lidocaine were administered. The patient alternated between ventricular fibrillation, pulseless electrical activity and asystole. Resuscitation was maintained throughout the process which lasted one hour and 45 min, including transfer to a third level clinic where the patient was considered to be asystolic. Following an additional discharge and amiodarone, the patient recovered spontaneous circulation; the vital signs were normalized and the patient remained in the ICU under hemodynamically stable conditions. After 18 h, the patient woke up with no evident neurological damage and remained in the ICU for one month for treatment of the ischemic-reperfusion syndrome. After 20 more days of physical therapy in his hospital room, the patient was discharged with no neurological deficit and a recommendation for home-based rehabilitation. Three months later, the patient is doing perfectly well and leading an active family, social and labor life.

This narrative discussion considers some interesting aspects reported by other authors on the topic, based on a bibliography search in Medline, Lilacs, Scielo, and Ovid.

© 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente de 63 años de edad, cirujano ORL plástico facial de profesión, con antecedentes cardiovasculares importantes: a) reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica hace 10 años por insuficiencia aórtica; b) anticoagulación con warfarina; c) marcapasos por bloqueo auriculoventricular (AV) de tercer grado como consecuencia de la cirugía valvular; d) hipertensión arterial en tratamiento con metoprolol 25 mg/día, y e) dislipidemia en tratamiento con estatinas, quien antes de comenzar a operar presenta paro cardiorrespiratorio en salas de cirugía. Se responde inmediatamente colocando al paciente en camilla en una sala de cirugía; al examen clínico se observa un paciente inconsciente, cianótico, sin pulsos y con pupilas dilatadas y fijas. Se activa la cadena de supervivencia (código azul/5 eslabones) y se inicia reanimación básica y avanzada. Se procede a intubación orotraqueal, se conecta a la máquina de anestesia para ventilación manual y mecánica y se inicia masaje cardíaco alternando 30 compresiones con 2 ventilaciones, se monitoriza y se canaliza en vena antecubital. La monitorización muestra fibrilación ventricular, que se trata con una descarga monofásica de 360 julios sin respuesta; se intentan 3 desfibrilaciones más de 360 julios, sin éxito, mostrando trazo de asistolia. Se ordena la aplicación de epinefrina 1 mg cada 3-5 min, lidocaína 1 mg/kg, bicarbonato una ampolla y amiodarona 150 y 300 mg. Bajo este esquema de reanimación persistente y sin descanso han pasado 60 min, en los que el paciente ha entrado y salido de fibrilación ventricular, actividad eléctrica sin pulso y asistolia. Clínicamente continúa cianótico, sin pulsos y sin signos de recuperar circulación espontánea. Los antecedentes cardiovasculares

explicarían la gran dificultad de obtener rápidamente ritmo sinusal y circulación espontánea efectiva. Ingresando el cardiólogo de la clínica, no encuentra actividad del marcapasos y coincide con el anestesiólogo en que el paciente se encuentra en asistolia. Se decide traslado a la clínica más cercana de nivel 3. Durante el transporte se interpreta fibrilación ventricular (FV); se realiza nueva descarga de 200 julios con el desfibrilador automático externo bifásico, sin respuesta favorable.

Los colegas de urgencias de tercer nivel consideran que el paro es irreversible, no hay actividad eléctrica y la reanimación ya es demasiado prolongada (105 min). Sin embargo, a los pocos minutos el paciente recupera el pulso femoral y comienza a disminuir la cianosis, se realiza un ecocardiograma que muestra un corazón funcionando con FV (fracción de eyección ventricular) 35%, se suspende el masaje y se aumenta el goteo de norepinefrina/amiodarona, logrando rápidamente ritmo sinusal, PA 95/45, Sat%O₂ 95% y capnografía 50 mmHg. El paciente es trasladado hemodinámicamente estable a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para continuar con el quinto eslabón (cuidados integrados posparo cardíaco).

Los gases arteriales al ingreso en la UCI muestran un Ph de 6,95, HCO₃ 15,4, PaCO₂ 70, BE -16,7, SAT%O₂ 59%, lactato 5,5. En la fase inmediata del síndrome posparo en la UCI se realizan angiografía coronaria, TAC cerebral y EEG continuo por 6h, con resultados normales, descartando enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares mayores. A las 18 h se disminuye la sedación, y para determinar un pronóstico neurológico se realiza una primera evaluación, encontrando reflejos pupilares y corneales bilaterales normales. Aunque está somnoliento, responde a estímulos verbales y dolorosos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767733>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767733>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)