

Mujer de 71 años con palpitaciones – 2013

Dra. Noemí Ledesma

Estimado foro:

Les presento a una mujer de 71 a que ingresa a una guardia de una clínica siendo el motivo de consulta palpitaciones.

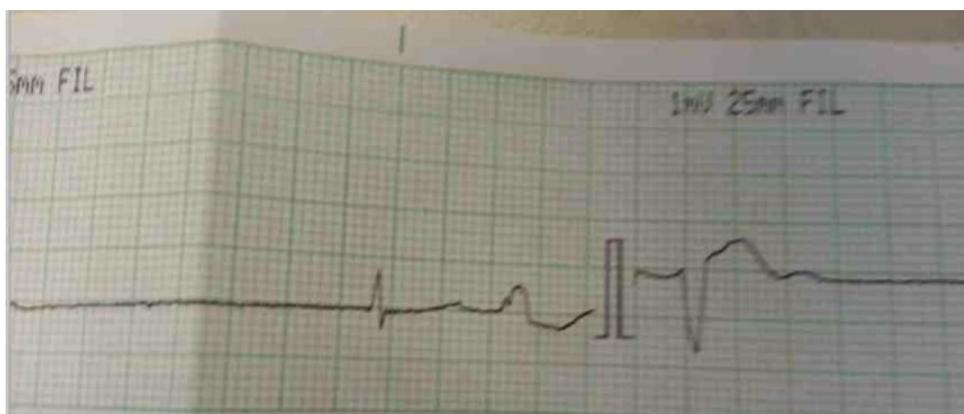
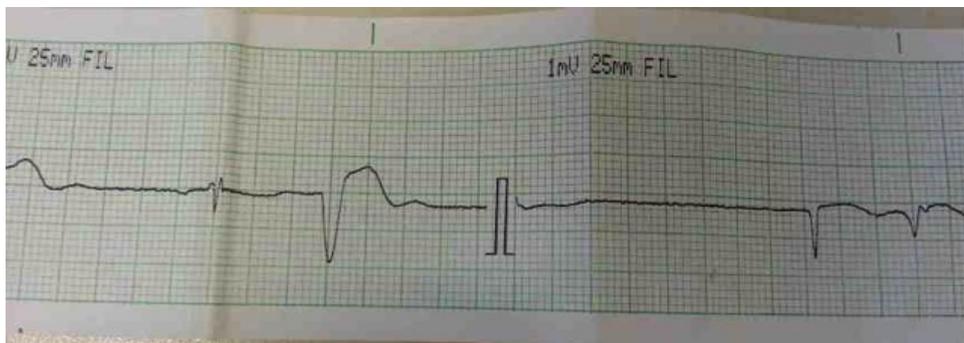
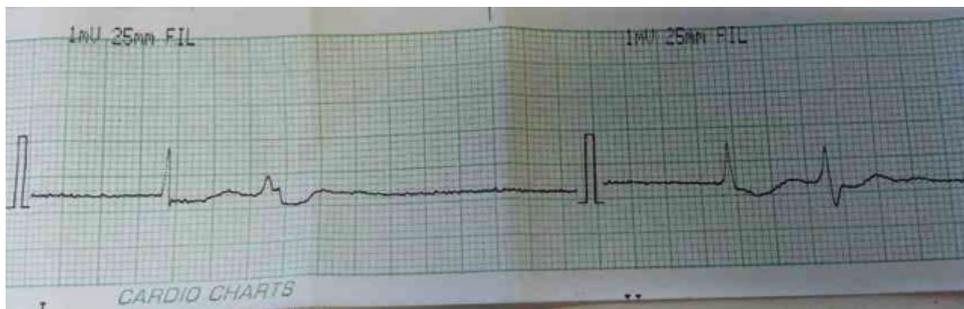
Se realizaron 2 ECG un ecocardiograma y queda internada.

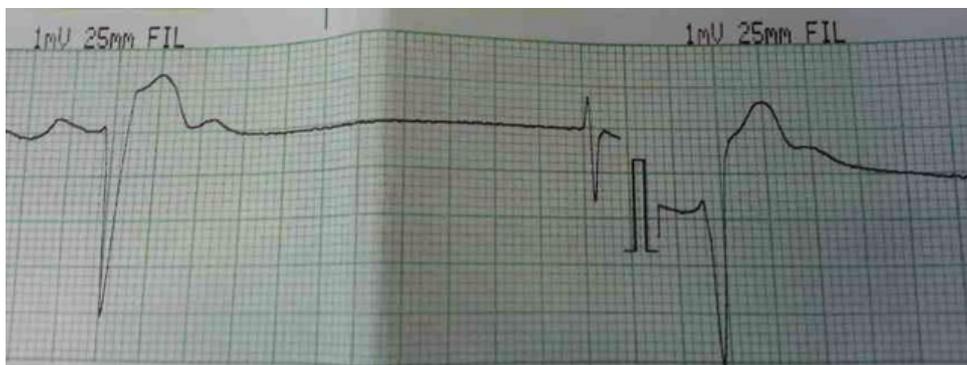
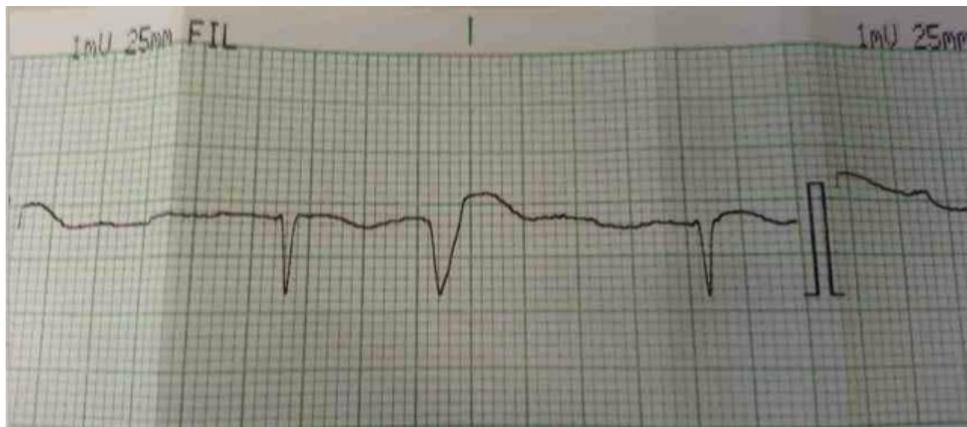
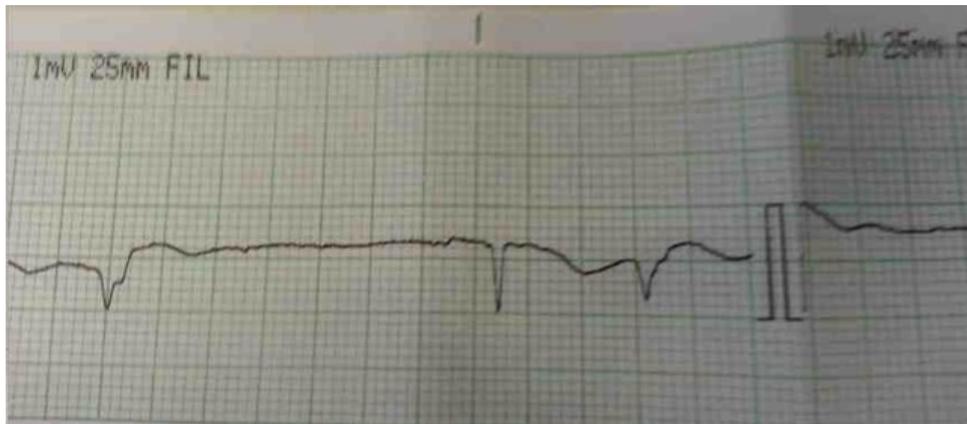
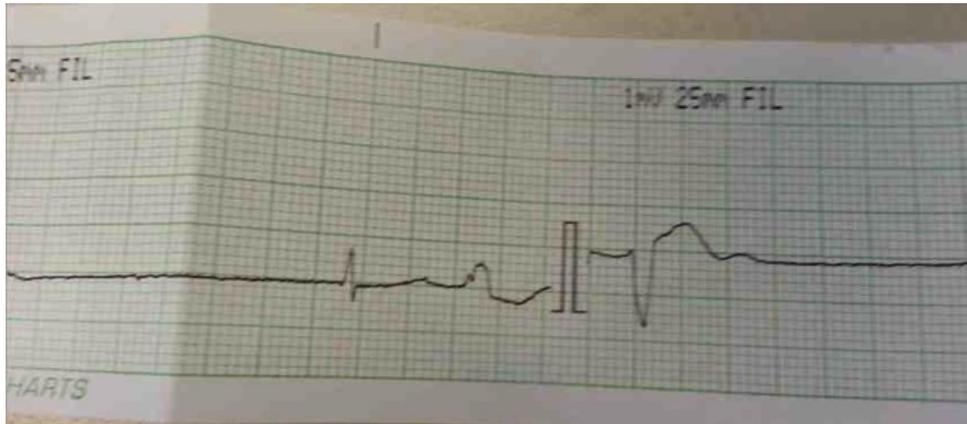
Les presento el ECG abajo. Su ecocardiograma informa' AI con dilatación leve. Calcificación de anillo mitral leve. Prolapso de válvula mitral en ambas valvas mitrales. AD con dilatación leve. Insuficiencia pulmonar leve. Hipertensión pulmonar moderada (60 mmhh). No derrame. No trombos. Función sistólica conservada.

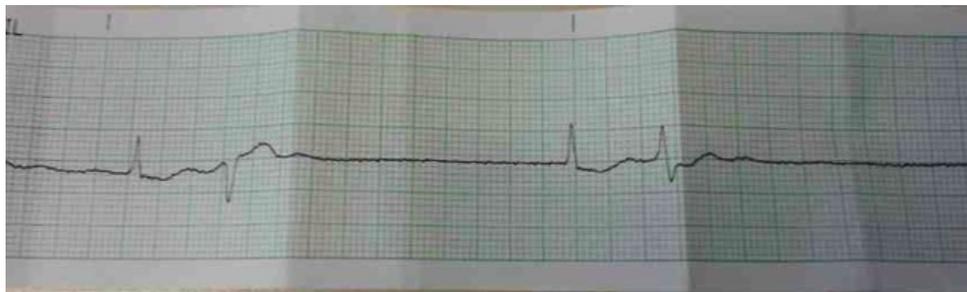
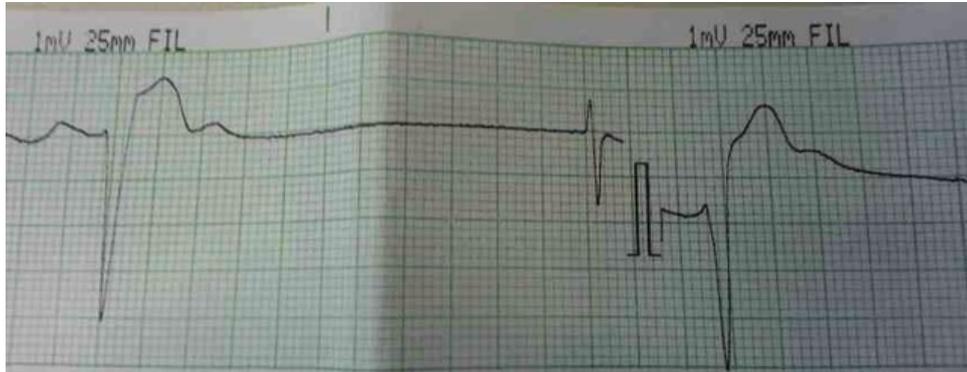
Agradezco sus aportes

Un saludo

Noemi Ledesma







OPINIONES DE COLEGAS

Este electro muestra bloqueo AV completo con bigeminismo ventricular. Si no hay betabloqueantes de por medio, y si existen episodios de taquicardia, entonces hablamos de un síndrome bradi-taqui. Estaría indicado un marcapasos.
Saludos.

Oswald Londono

Ese ECG pareciera de una paciente con algún efecto de drogas, a mi juicio no me parece bloqueo av completo, ya que más bien conforme consigo ver el último trazado largo pareciera como un silencio auricular, no hay ondas P, yo lo interpretaría como un ritmo de escape juncional con extrasístoles ventriculares de 2 morfologías, como dije anteriormente sin saber mas detalles sospecharía de algún tipo de intoxicación farmacológica.

Saludos
Carlos Rodríguez Artuza

Fibrilación auricular con ritmo idioventricular.
Atte

Eduardo Quiñones

Hola Eduardo

Parece que mi insistencia en que no arrojen diagnósticos, no surte efecto.

No sirve absolutamente de nada arrojar un diagnóstico sin JUSTIFICAR porque se opina lo que se opina. Si no paramos esta conducta, seremos un foro de opinadores, no de científicos.

Les pido NO solo a Eduardo sino a todos, que se expliquen un poco mas: FA, OK, ¿por qué? Ritmo Idioventricular, OK, ¿por qué? ¿Tiene bloqueo AV y entonces ritmo de escape? ¿cómo co-existen FA y ritmo idioventricular? ¿Qué te hizo pensar, Eduardo, ese diagnóstico?

Estoy seguro que todos nos beneficiaríamos más, si Ud justifica porque piensa como piensa.

Por otro lado, arrojar un diagnóstico a la marchanta, no le sirve ABSOLUTAMENTE a nadie, ni siquiera a Ud. mismo, porque si lo acierta, podría ser de "carambola" y si no lo acierta, no pasa nada. En esto de arrojar el diagnóstico NO hay ningún proceso de aprendizaje para nadie.

Por favor, si alguien NO concuerda con mi visión, usen el foro para dar su opinión, y si están de acuerdo, por favor dejen de tirar diagnósticos sin justificación.

Salud

Adrián Baranchuk

Estimada Dra. Ledesma, ¿no tendría una tira larga, en donde puedan analizarse más complejos?

Atte

Dr. Carlos Lavergne Neuquén Patagonia Argentina

Comparto plenamente lo expresado por Adrián, el error surge de sólo enviar en ECG 71 años y palpitations como presentación, sin referir anamnesis, examen físico, antecedentes patológicos y medicación que recibe la paciente, ya que al momento de analizar el trazado electrocardiográfico y el ejercicio de los diagnósticos diferenciales y toma de decisiones, estos son fundamentales para el aprendizaje de todos.

Un saludo

Martin Ibarrola

Concuerdo parcialmente Martin.

Las estrategias para enseñar ECG contemplan 2 aproximaciones diferentes (1-3):

1. Reconocimiento de patrón (pattern recognition): para esto sólo se necesita el ECG, sin datos clínicos. Sin embargo, no se trata de arrojar el diagnóstico sino de explicar por qué se piensa en el diagnóstico, y justificar el por qué se pensó de esa manera (lo que estoy reclamando en los emails a Eduardo)

2. Mecanismo deductivo/inductivo: aquí sí concuerdo Martín, se necesita aunque más no sea, un dato clínico ("clinical vignette") para ayudar en el proceso de inserción del ECG

dentro del contexto clínico.

En el Atlas próximo a lanzarse (RMEDICA, UK) he intentado transmitir casos de ECG más complejos utilizando ambas aproximaciones: el patrón de Brugada explicarlo mediante reconocimiento de patrón, y los casos de "pacing" mediante el mecanismo deductivo/inductivo

Para leer sobre este tema, ver lo que hemos escrito en:

1. Baranchuk A. Como enseñar Electrocardiografía. Rev Fed Arg Cardiol 2011.
2. www.siacardio.org <<http://www.siacardio.org>> Curso de ECG online, carta introductoria
3. Quinn K, Anselm DD, Baranchuk A. ECG online evaluation of Canadian medical trainees (in preparation)

Salud

Adrián Baranchuk

Si ya descartó el efecto de alguna droga o alteración electrolítica profunda, la paciente necesita un marcapaso como primera medida. Está muy bradicárdica (independientemente del mecanismo) y está bigeminada con "long-shorts" y alto riesgo de torsades. Luego de marcapaso, sigue debatiendo el mecanismo y etiología. Los que quieran abordar la "regla de la bigenimia", el mecanismo de los posibles EAD y long shorts, adelante...pero primero el marcapaso.

Dardo Ferrara

[J Electrocardiol](#).2007 Jan;40(1):78-88. Epub 2006 Oct 25.

The rule of bigeminy revisited: analysis in sudden cardiac death syndrome.

[Lerma C](#), [Lee CF](#), [Glass L](#), [Goldberger AL](#).

Department of Physiology, Centre for Nonlinear Dynamics, McGill University, Montréal, Québec, Canada.

Abstract

BACKGROUND:

The rule of bigeminy is commonly explained by a reentrant mechanism. We hypothesize that in patients with prolonged ventricular repolarization, the rule of bigeminy may be caused by premature ventricular complexes (PVCs) due to early afterdepolarizations. We evaluated these ventricular arrhythmias over extended periods in patients with sudden cardiac death syndrome.

METHODS:

The electrocardiographic (ECG) characteristics of 15 recordings from the PhysioNet Sudden Cardiac Death Holter Database were analyzed for the persistence of bigeminy, interaction between the underlying cardiac rhythm and the coupling interval, and influence of a prolonged initiating RR cycle on the self-perpetuation of the arrhythmias.

RESULTS:

Eight (53%) patients had classic torsade de pointes (TdP), 5 (33%) had other polymorphic ventricular tachycardia (VT), and 2 (13%) had monomorphic VT. Group A, which comprised 6 of the patients with TdP, had the following ECG tetrad: (1) frequent ventricular bigeminy (>5% of total ventricular arrhythmias), (2) long corrected QT interval (>0.5 second), (3) relatively fixed coupling interval, and (4) onset of bigeminy (n = 4) and TdP (n = 6) after a short-long RR sequence. Patients in group A had slower heart rates (mean RR = 1.12 +/- 0.26 vs 0.77 +/- 0.13 seconds, P < .01), longer QT intervals (corrected QT = 0.57 +/- 0.06 vs 0.45 +/- 0.06 second; P < .01) and more cases with prominent U waves (83% vs 33%, P < .05) than patients in group B (n = 9), composed of patients who had other types of VT, or TdP without frequent bigeminy.

CONCLUSIONS:

We identified a set of ECG characteristics that supports the notion that premature ventricular complexes during self-perpetuating ventricular bigeminy ("rule of bigeminy") in long QT syndromes may be due to early afterdepolarizations.

PMID:

17069837

[PubMed - indexed for MEDLINE]

Gracias a todos. Pensé en FA pero como no es mi especialidad quise consultar con Uds. Intentaré obtener una tira mejor pero esta paciente no es mía sino que la recibió un colega en su guardia

Muchas gracias

No recuerdo bien toda la medicación pero está anticoagulada y con digital!

Noemi Ledesma

Estoy de acuerdo con Adrián, pero el trazado muestra una bradicardia importante y solo el médico que la atendió, después de su anamnesis, sabe si es farmacológico o es un fallo eléctrico. En estos casos, en mi centro después de valorar todas las posibilidades si es farmacológico o no y si con aleudrina no mejora su respuesta ventricular, le colocaré un marcapasos provisional.

Se ha de descartar la patología isquémica: ¿infarto inferior? (BAV, bigeminismo ventricular).

Una tira bien larga en II nos ayudaría mucho. No sabemos nada del anamnesis.

Oswald Londono

Noemí lo que quiere es aprender. Así que primero lo fundamental y luego lo accesorio: con una bradicardia severa como ésta, primero un marcapaso transitorio, retirar toda medicación con efecto sobre el nodo AV y control electrocardiográfico. Una tira de ritmo larga es primordial cuando se observan trastornos de este tipo. Por otra parte, les transmito lo que me pasaron en un curso de Ecocardiografía: Actualmente se considera incorrecto decir "hipertensión pulmonar leve-moderada-grave" por un estudio ecocardiográfico. Debería decirse sólo que hay hipertensión pulmonar, ya que la severidad de la misma se establece por cateterismo derecho. Cordial saludo.

Luciano Pereira

Quería preguntar a la Dra. Noemí:

Si el paciente al llegar a urgencias tenía palpitaciones, ¿cómo es posible que haya pasado a una bradicardia tan extrema? ¿Se le dio digoxina en perfusión? ¿Tomaba en casa digoxina? Si es así, ¿podríamos hablar de un síndrome bradi-taqui? ¿Se le realizó una digoxinemia?

Gracias.

Oswald Londono

Hola colegas:

Creo que es necesaria, más bien imperativa, la semiología minuciosa de las palpitaciones (algo que con frecuencia olvidamos muchos de nosotros).

No siempre las palpitaciones obedecen a ritmos rápidos, (que es lo primero que uno presupone cuando lee una Historia Clínica.)

Coincido con comentarios anteriores, en el sentido de que, al presentar un ECG, (ó cualquier examen auxiliar) siempre es necesario que vaya precedido de abundantes datos semiológicos. Sólo así es posible enriquecer un debate, llegar a mejores conclusiones fisiopatológicas y diagnósticas, y APRENDER.

No todo es aparatología y 220 voltios en Medicina, ¿no? (Sin desmerecerlas, obviamente !!)

Un cordial saludo,

Dr. Mario A. Heñin
Resistencia (Chaco) Argentina.

Estimado Mario

Si bien estoy de acuerdo con tus comentarios sobre el valor de la semiología (te sugiero leas el paper publicado por el Dr. Esper en el último volumen de la Revista de la SAC) y estate atento que envíe una carta al Editor que espero publiquen en el próximo número) hay algunos elementos que me gustaría destacar, que son los mismos que le conteste a Martín hace unos días.

No es cierto que para leer un ECG uno necesite IMPERATIVAMENTE conocer la semiología.

La enseñanza del ECG comprende dos procesos independientes:

- 1.El reconocimiento de Patrón
- 2.El método inductivo/deductivo

Mientras que para el segundo método (inductivo/deductivo) la historia clínica y la semiología son FUNDAMENTALES (como tú bien señalas) para aprender y enseñar el reconocimiento de Patrón, no lo son.

Esta maravillosa combinación de proceso de aprendizaje, es una de las claves de porque el interes por aprender ECG permanece intacto luego de un siglo. Y es importante que lo entiendas, para que no te ofusques si un día presentamos un ECG sin nada más que eso. Es porque estamos ejercitando la enseñanza del ECG mediante el reconocimiento de patrones.

Te cuento un adelanto: hemos recibido un Grant para poder testear este concepto a gran escala: hemos diseñado un examen (online) que consta de dos partes:

1. 10 ECGs con patrones clásicos. El que responde cuenta con 90 segundos para responder y el sistema te lleva al próximo ECG automáticamente. Luego de terminada la Fase 1 (15 minutos totales) empieza la fase 2.
2. La fase 2 son los mismos 10 ECGs pero que vienen anteceditos de la historia clínica (clinical vignette). Luego de responder se abre un ventana con la pregunta: ¿Cuál sería su conducta? Y aparece un Multiple Choice de 4 posibles respuestas.

*¿Cuál es el objetivo? Determinar la capacidad interpretativa del reconocimiento de patrón (Fase 1) y del método inductiv/deductivo (inducido por H Clínica) en la fase 2. al mismo tiempo, veremos si la HCL y el ECG permiten tomar una conducta adecuada. Lo testaremos en todas las Universidades de Medicina de Canada, en Residencias de Medicina Interna, Medicina Familiar, Emergencias y Cardiología. Compararemos niveles (R1 vs R2, 3 y 4), entre programas (Interna vs Familiar). Y luego entre países y continentes.

En Argentina, Francisco Femenia se ofreció para traducir el website y correrlo en las Universidades de Mendoza. Necesitaremos más gente involucrada, y estaré feliz de ir armando una base de datos con Líderes de cada región.

No todo es aparatología en Medicina, estamos de acuerdo. Pero vaya que ayuda, ¿no?

Salud
Adrián Baranchuk

Estimados Dres:

Las bradiarritmias son situaciones frecuentes en pacientes añosos. Entre las más frecuentes se encuentran la disfunción del nodo sinusal y el bloqueo AV. La edad se asocia con una fibrosis progresiva en el nodo sinusal y el sistema de conducción AV. En ausencia de una causa reversible, en las bradicardias sintomáticas será precisa la colocación de un marcapaso permanente.

La paciente puede ser una diabética mal controlada que a la vez produce un cuadro de isquemia. Son todas especulaciones.

Por otro lado, una digoxinemia normal se tiene que interpretar con cautela, puesto que los niveles plasmáticos de digital no siempre se corresponden con una impregnación miocárdica de digital. Por lo que se puede tener una digoxinemia normal en intoxicación por digital, y al contrario digoxinemia elevada en pacientes con FA controlada y sin signos de intoxicación digital.

Ref.: Bloqueo AV completo con ritmo de escape idioventricular en un paciente anciano con hiperpotasemia y fibrilación auricular de base. Foguet Boreu, Honstet Aubert. , G. Garcia Bertran , A; Riels J Hereu. Publicado en Semergen, 2007; 33:97-9-vol 3 num 02.

Saludos Eduardo Quiñones
(no me peguen soy Giordano).

Estimado Dr. Oswald

La paciente ingresa diciendo que siente palpitaciones. Se realizaron dos ECG y los dos fueron como el presentado en este foro. La digoxina y el anticoagulante son drogas de rutina en ella. La conducta que tomaron los médicos de guardia fue la internación. Me disculpo con Ud y con los miembros de foro en su totalidad porque no es una paciente mía y no pude contextualizarla como corresponde pero les pedí opinión porque siempre aprendo de Uds.

Recuerden que soy médica de familia (no cardióloga y mucho menos electrofisióloga)

Quiero agregar que les agradezco enormemente toda la información brindada.

Un saludo

Noemi Ledesma

Estimado Adrián:

Vaya si ayuda la tecnología!!

Por supuesto, estoy de acuerdo!! No tengo nada de dudas al respecto!!

Cuando en 1978 llegé al Hospital Perrando de mi ciudad, un "moderno" ecocardiógrafo Modo M marca Berger (fabricado en Argentina), y comencé a hacer ecos, cambió la vida!!

Ni hablar cuando se comenzó en el país, en esa década, con las primeras coronariografías! O cuando se habilitó la primera Unidad Coronaria con el Maestro

Bertolasi como Jefe, en el Argerich. ¡Qué cambios!! Por suerte, los he vivido. (Igual que Edgardo y muchísimos de los del Foro)

Te agradezco tu respuesta, que sirve a todos nosotros, y muchísimos los colegas jóvenes.

Quizás el hecho de estar todos los días con Médicos Residentes, que, lamentablemente salen hoy en día de la Facultad muy escasos de entrenamiento en Semiología, me llevó a escribir mi comentario anterior.

Algunos de ellos encuentran mucho más fácil, intelectualmente cómodo y rápido, escuchar algo de los síntomas, hacer un examen físico básico, y... a pedir estudios!... sin tener muy en claro qué cosa están buscando.

También a veces se sientan a hacer un ecocardio sin auscultar previamente al paciente.

Te aclaro que no me ofusco, no me molesto ni me enoja porque venga al Foro sólo un trazado sin más datos.

Obviamente que sirven y mucho los Patrones.

Buenísimo el adelanto que relatás. Estaré al tanto del tema.

Te mando un abrazo, me voy al consultorio .

Mario Heñin
