

# Paciente de 72 años en tratamiento con propafenona por arritmia SV sintomática – 2010

Dr. Arnaldo Escobar Rojas

Varón de 72 años, jubilado, con antecedentes de HTA hace 8 años en tratamiento actual con enalapril 40 mg/día, atenolol 50 mg/día y aspirina 100 mg/día, ex tabaquista (suspendió hace 15 años) y arritmia supraventricular sintomática (ESV frecuentes) en tratamiento hace 1 año con propafenona 450 mg/día.

Es derivado a mi consulta para evaluar la continuidad de propafenona.

En la primera evaluación, me refirió que un año antes de la indicación de propafenona y aumento de dosis de enalapril, presentaba disnea CF II (NYHA) habitual, palpitaciones y episodios de fatigabilidad durante el día. Actualmente asintomático

Le solicité Holter (adjunto informe y extracto del resumen de lo que el médico informante considero relevante), ecocardiograma y laboratorio (pendiente)

Para debatir:

- 1) ¿Propafenona en IC Diastólica, está indicada?.
- 2) ¿Propafenona vs B Bloqueantes o ambos para ESV frecuentes y sintomáticas?.
- 3) ¿Qué papel podría jugar la amiodarona en este caso?.

Atte,

Dr. Arnaldo Escobar Rojas.  
Santiago.

# Caso Propafenona

# Holter

ID #: 4.182.801-7	Edad: 72	Sex: Masculino	Fecha Registro: 19/07/2010 10:59:07
Origen:			Fecha Procesado: 20/07/2010
Indicaciones:			Fecha de Nacin: 26/03/1938
Medicaciones:			
Grabadora: H3Plus2.09Chan2Chan3Chan1	Grabadora Num: 0	Técnico:	Analista:

### Criterios de examen

Prematuridad SV: 30 %	Pausa: 2000 mseg	Taquicardia: 120 LPM
Elevación Segmento ST: 200 $\mu$ V	RR/Pausa más larga: Sólo N-N	Bradicardia: 50 LPM
Depresión Segmento ST: 100 $\mu$ V	Pausa excluida de FC: SI	Mínima Tag/brad: 3 min

### Resumen Estadístico:

Total GRs: 103156	Duración del Registro: 23 hr, 33 min	Datos Analizados: 23 hr, 33 min
-------------------	--------------------------------------	---------------------------------

<b>Ratio Estadísticos:</b>	<b>Episodios de Taquicardia/Bradicardia:</b>
FC Min: 43 a las 03:23:54	Taquicardia más larga
FC Max: 133	Taquicardia más rápida
FC Media: 74	Bradicardia más larga
	Bradicardia más lenta

<b>Episodios Supraventriculares:</b>	<b>Episodios Ventriculares:</b>
Aislados: 4950	Aislados: 0
Pareados: 3312	Pareados: 0
Episodios/FC pico: 2351	Episodios/FC pico: 0
Episodio más rápido: 348 LPM a las 14:05:51	R sobre T: 0
Episodio más largo: 17 a las 21:11:35	Total: 0
Total: 20115	

<b>Variabilidad RR:</b>	<b>Desviación del ST:</b>	<b>R/Hora:</b>	<b>V/Hora:</b>
%RR>40: 67%	Max Depresión ( $\mu$ V): /	/	/
rms-SD: 327 ms	Max Elevación ( $\mu$ V): /	/	/
Magid SD: 263 ms			
Kleiger SD: 305 ms			

<b>Pausas:</b>	
RR más largo: 1.29 seg	# RRs > 2.0 seg: 2

**Comentarios:**  
 CONDUCCION AV: 0.17    CONDUCCION IV: 0.12

DURANTE EL MONITOREO EL PACIENTE SE MANTIENE EN RITMO SINUSAL.  
 PRESENTO MUY FRECUENTES EXTRASISTOLES SUPRAVENTRICULARES, AISLADAS, EN PARES.

# Informe de Holter

El colega informa:

- 1) Durante el monitoreo el paciente se mantiene en ritmo sinusal.
- 2) Presentó extrasistoles supraventriculares muy frecuentes, aisladas, en pares, tripletas y salvas de hasta siete complejos.

Conclusión: ESV muy frecuentes, salvas cortas

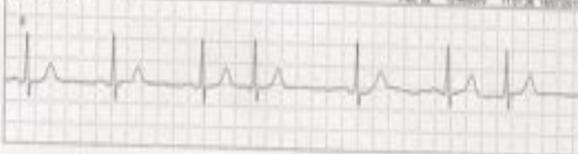


Tra selezionato per il operatore



Fasc. 58 - 10 minuti - 11:01:36 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 59 - 10 minuti - 11:03:12 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 60 - 10 minuti - 11:04:51 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 61 - 10 minuti - 11:06:30 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 62 - 10 minuti - 11:08:09 19072015

Tra selezionato per il operatore

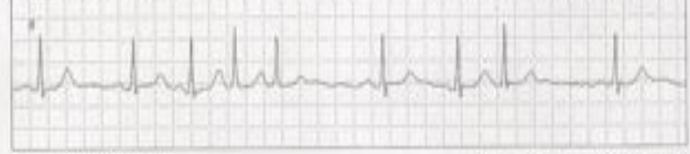


Tra selezionato per il operatore



Fasc. 75 - 10 minuti - 14:24:41 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 80 - 10 minuti - 14:36:09 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 74 - 10 minuti - 15:01:40 19072015

Tra selezionato per il operatore



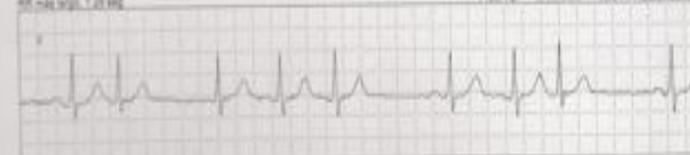
Fasc. 100 - 10 minuti - 18:08:30 19072015

Tra selezionato per il operatore



Fasc. 72 - 10 minuti - 08:54:14 20072015

50 - max largh. 1.28 mV





# Ecocardiograma

VISION TRANSORADICA      B      X      R      M

**ECOCARDIOGRAMA Y DOPPLER COLOR CARDIACO**

MODO M	MEDIDO	NORMAL (mm)	DOPPLER				
AURICULA IZQUIERDA	42	< 40	MITRAL	VMAX (m/s)	DR. MAX (m/s)	AREA (cm <sup>2</sup> )	REFLUJO
RAIZ AORTICA	29	< 35		1			LEVE
AORTA ASCENDENTE	28	< 35		1.4			LEVE
VENTRIZO SISTOLE	33	< 40					
VENTRIZO DIASTOLE	48	< 57	AORTICA				
FRACCION DE ACORTAMIENTO	31%	> 30%					
FRACCION DE EYECCION	60%	> 56%	TRICUSPIDE	0.7			LEVE
GROSOR SEPTAL	10	< 11					
GROSOR PARED POSTERIOR	9	< 11	PULMONAR	0.8			
VENTRICULO DERECHO	27	< 28					

LLENADO V	ONDA E (ms)	1	PRESION ARTERIA PULMONAR	F.C	g/m <sup>2</sup>		
	ONDA A (ms)	0.5				SISTOLE	38 mmHg
	TDE E (ms)	100				DIASTOLE	
	TRV (ms)					MEDIA	

OBSERVACIONES:

DESCRIPCION:

Ventriculo izquierdo con grosor, dimensiones y función sistólica normal.  
 Auricula izquierda levemente dilatada y cámaras derechas de diámetros normales.  
 Raíz aórtica de diámetros normales, con válvula de 3 velos engrosados, con buena apertura y leve reflujo.  
 Válvula mitral de velos engrosados, con buena apertura y leve reflujo.  
 derrame pericárdico que a nivel de pared libre de ventrículo derecho mide 0.44 cm.  
 Motilidad global y segmentaria del ventrículo izquierdo es normal.  
 Ausencia de trombos o masas intracavitarias.  
 Llenado ventricular izquierdo con patrón de aumento de la relación E/A.  
 Aorta ascendente y arco aórtico de diámetros normales.

CONCLUSIONES

ALTERACIONES DEGENERATIVAS MITRO AORTICA CON REFLUJO LEVES DE AMBAS  
 DISFUNCION DIASTOLICA DE TIPO RESTRICTIVO.  
 DERRAME PERICARDICO LEVE.  
 LEVE CRECIMIENTO DE LA AURICULA IZQUIERDA  
 HIPERTENSION PULMONAR LEVE.

## OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Amigo y colega

No se necesita ver las imagenes para contestar a su pregunta:

1. La propafenona NO está indicada

2. La amiodarona ESTA PROHIBIDA en su paciente (extrasístoles con buena FVI)  
3. Si Ud trata a su paciente es por lo debilitante del síntoma, NO con el objetivo de prolongar la vida, ya que por esta enfermedad el paciente NO se va a morir. Por lo tanto, si ha de tratar el síntoma, hágalo con un B-bloqueante. Al mes, interrogue por disfunción sexual, ya que es una complicación frecuente con el uso de BB en pacientes >65 años.

SALud

Adrián Baranchuk

---

Dr. Arnaldo Escobar Rojas.

Le recomiendo que lea el artículo de Femenia y Paolaso en el Indian  
Femenia F, Palazzolo J, Arce M, Arrieta M. Proarrhythmia Induced by Propafenone: What is the Mechanism?

**Indian Pacing Electrophysiol J. 2010 Jun 5;10(6):278-80.PMID: 20552063 [PubMed - in procs]**Free PMC Article**Free text**

El full text está accesible

Andrés R. Pérez Riera

---

Respetado Adrián, le cuento brevemente, entre la primera y la segunda visita, el paciente fue evaluado por colegas en el centro donde se controla habitualmente, acertadamente le suspenden la propafenona, sin embargo, refirió reaparición de sus manifestaciones, aún con B Bloqueantes, vuelve a su cardiologo particular quien le indicó que continuase con el antiarrítmico. claramente y a la luz de los hechos, el colega privilegió calidad de vida (que por lo visto no lo pudo lograr solo con B bloqueantes).

De acuerdo a lo señalado por Adrián, les consulto a los colegas: ¿qué indicación farmacológica propondría para mejorar la calidad de vida de éste paciente? considerando que con B Bloqueantes la respuesta fue parcial.

Por último, respecto a las imágenes, recibí críticas (por cierto siempre constructivas, sello de este foro) anteriormente por ser escueto en mis casos, por lo que trato, en medida de lo posible, ser descriptivo e interactivo (por lo menos en lo visual).

Arnaldo Escobar.

---

Estimado Dr Rojas:

Entiendo su concepto de porqué continúa con propafenona.

1. Ud preguntó ¿si sirve para tratar la disfunción diastólica? no está indicado. No vi la foto del patrón de llenado diastólico del VI pero ¿patrón restrictivo? ¿disnea o síntomas de IC diastólica que correlacionen con su eco? No tiene una AI dilatada que me hagan pensar que tiene dicho patrón diastólico. Impresiona el eco de un paciente con HTA simplemente.

2. ¿Los BB no controlan su sintomatología? tiene buena función sistólica tal vez podría utilizar bloqueantes cálcicos, se me ocurre verapamilo.

3. Entiendo el pensar en la calidad de vida del paciente primero.

Concuerdo ampliamente con lo referido por el Dr Adrian.

Le recomiendo lea el artículo de la propafenona del Dr Femenia, vale la pena y si puede hágaselo llegar a su médico tratante.

Perdón si siente que alguien lo ha maltratado, no es para nada la intención, por acá las palabras suelen parecer duras pero no es la intención, si a nadie le importara no le contestarían, tómelo como un halago justamente que tan ilustre Maestro como Adrián le responda.

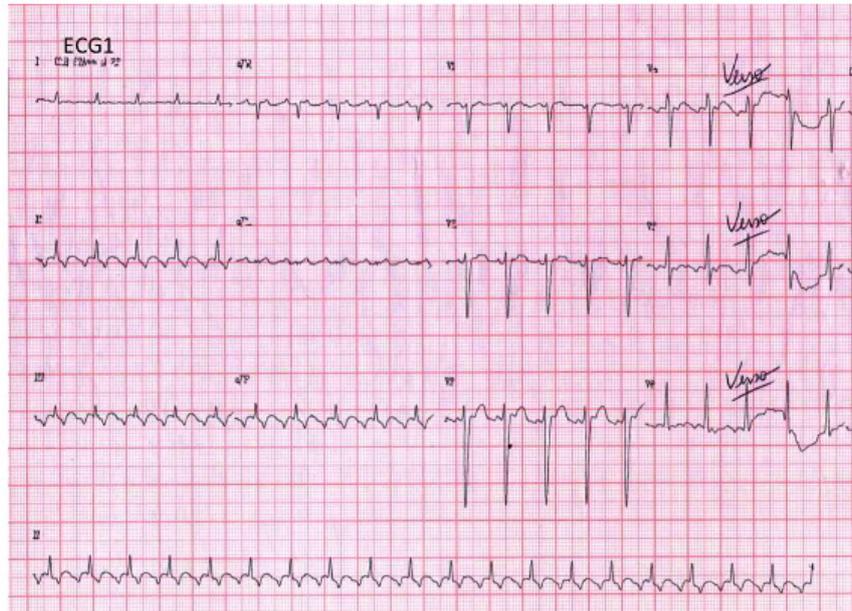
Un saludo

Martin Ibarrola  
Prof. Andrés

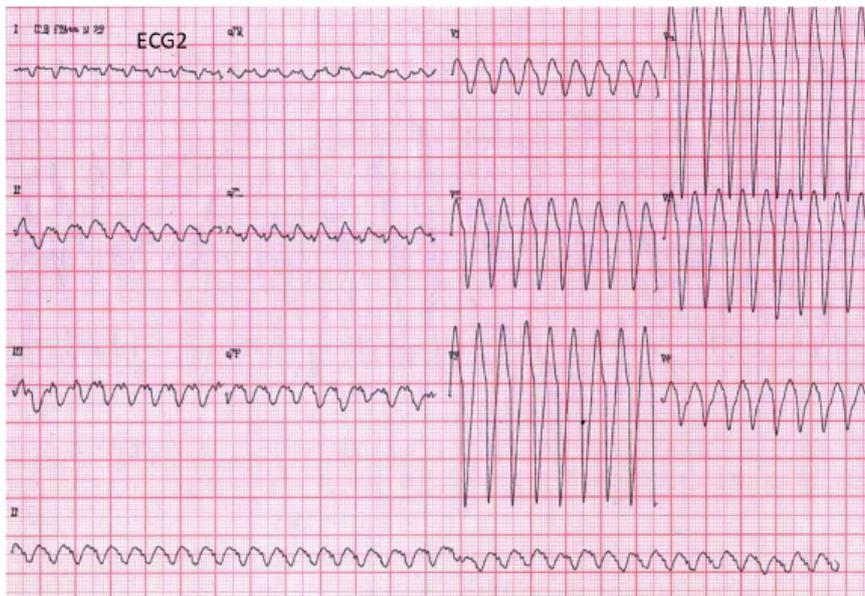
Este caso que envié al foro hace algún tiempo es similar al publicado por el Dr. Femenia. Observamos después de la propafenona, transformación de flutter auricular 2:1 en 1:1 más prolongación del QRS. Son dos efectos proarritmicos característicos de la droga.

Abs  
Raimundo Barbosa Barros

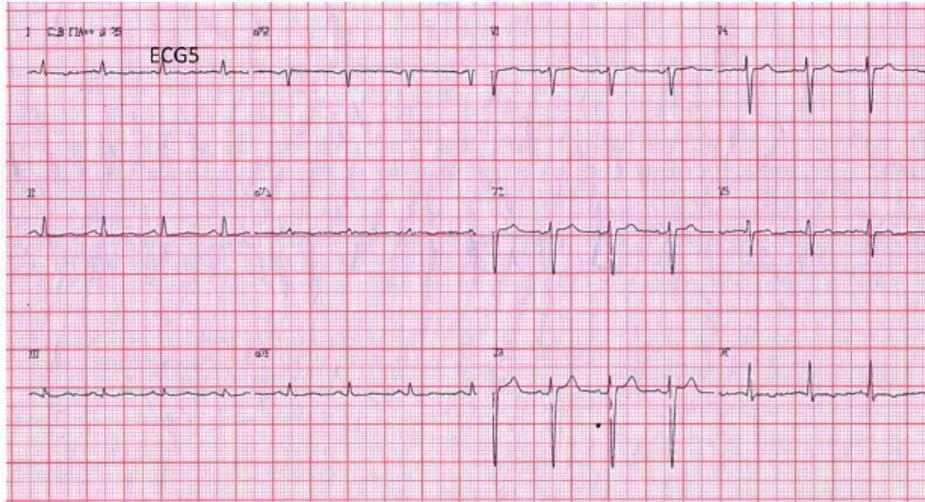
History of heart failure in emergency room



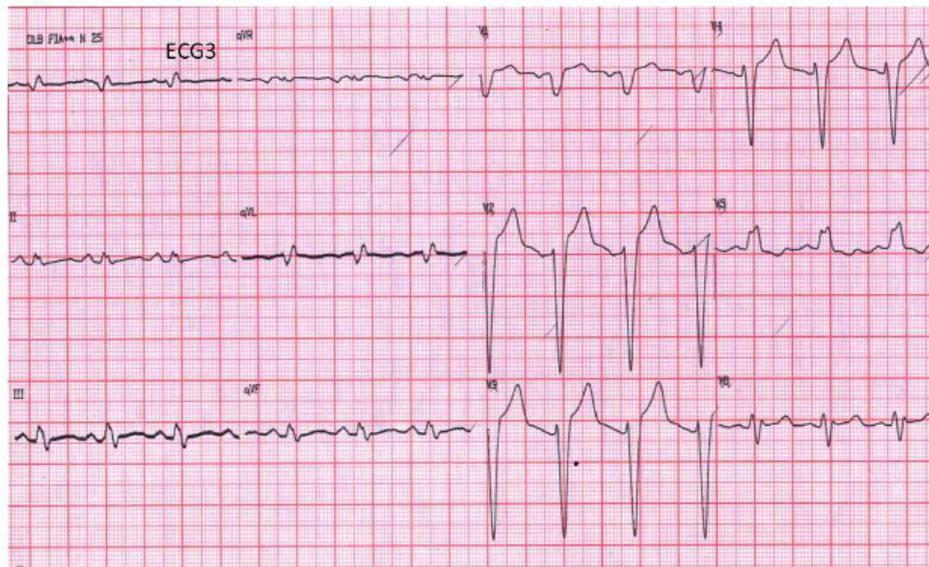
2 hours after propafenona VO(600mg)



48 hours after



After cardioversion



---

Hace muchos años vimos lo mismo con flecainida EV (cuando estaba en nuestro mercado).

Ingresó a nuestro hospital un paciente con una FA preexcitada que se transformó en AA con conducción 1:1 que lo descompensó hemodinámicamente. Además el paciente tenía una miocardiopatía hipertrófica (lo descubrimos después) por lo que el ancho del QRS fue espantoso. Por supuesto fue inmediatamente cardiovertida eléctricamente. Allí observamos la HVI y el WPW

Oscar Pellizzón

---

