

Paciente femenina de 88 años con historia de dolor de pecho típico-2006

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Prezados colegas do foro que pensam de este ritmo me lo envia um jovem amigo residente em NY. Lo concreto qual o ritmo???

Andrés R. Pérez Riera

Quiero enviarle un electrocardiograma que me parece interesante, le envío el basal y 2 tiras de ritmo (este ritmo se presenta constantemente a la misma frecuencia siempre), esta es una paciente de 88 años con historia de dolor de pecho típico, hace 5 años un stress test con tecnecio demostró una zona de isquemia, ahora las enzimas cardíacas están normales y no hay alteraciones hidroelectrolíticas, un eco sólo demuestra disfunción diastólica y la paciente refiere varios episodios de algo como palpitaciones, no obstante la telemetría sólo muestra esto (lo que le envío), abrazos.

Christian España

ID: 001288007

16-Jul-2009 15:48:08

METROPOLITAN HOSPITAL CENTER

88years
Female

Vent. rate 44 bpm
PR interval 266 ms
QRS duration 104 ms
QT/QTc 518/442 ms
P-R-T axes 42 -30 47

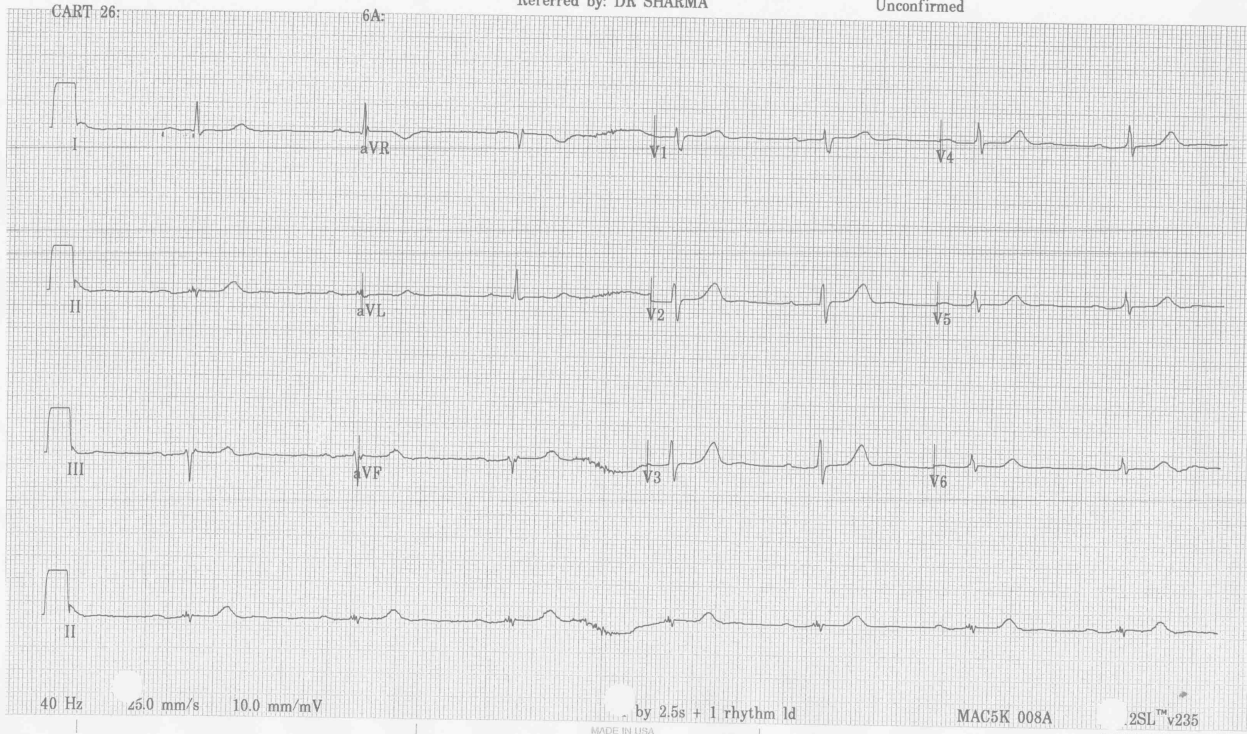
Marked sinus bradycardia with 1st degree AV block
Left axis deviation
Abnormal ECG

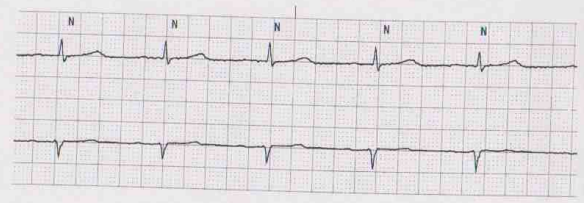
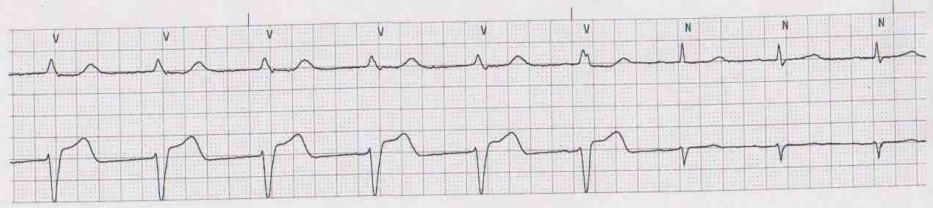
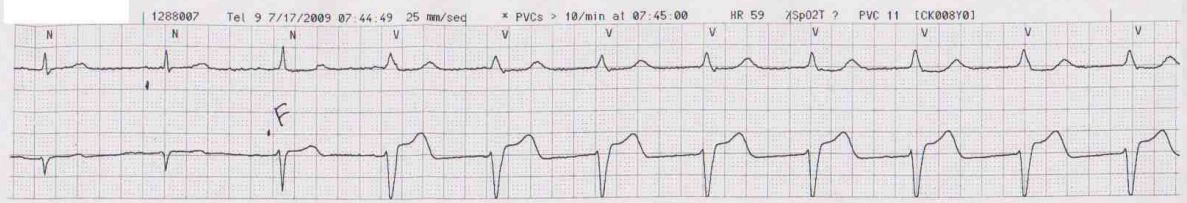
Loc: 62

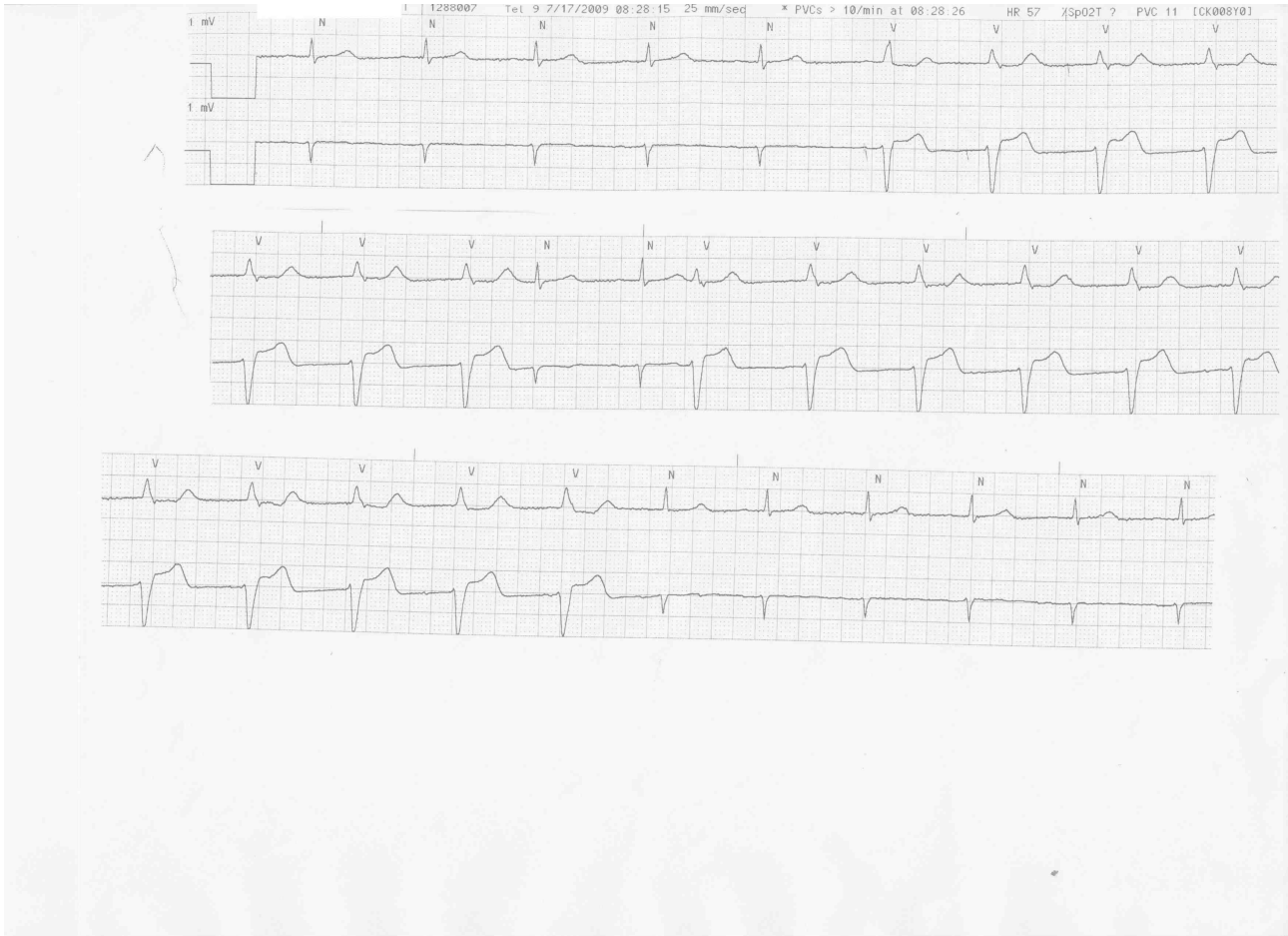
Technician: DH

Referred by: DR SHARMA

Unconfirmed







OPINIONES DE COLEGAS

Hi Andrés!

1st ECG: Normal sinus rhythm with 1st degree AV block and left axis deviation

2nd and 3rd ECG: NSR followed by AIVR (accelerated idioventricular rhythm) in Spanish; RIVA

Cheers!

Adrián Baranchuk

Saludo al foro!!!

Me impresiona un RIVA, ¿secundario a la frecuencia baja?

Dra Graciela Cámara
Córdoba Argentina

Impresiona un foco parasistólico. Latidos de fusión, longitud de ciclo constante y múltiplo (incluso similar al ciclo sinusal basal) y acoplamiento variable con morfología ventricular típica. Saludos a todos!

Téc. Damián Longo

El primer ECG: BAV1° + HSA,

2°: ritmo idioventricular, bloqueo intermitente.

3°: bloqueo de rama izquierda intermitente.

Saludos,

Dr. Oswald Londono

BAV de 1° grado (en el basal es posible que haya de 2° pero con un solo complejo por derivación no puede ser asegurado) disociación AV por interferencia. Dado que el foco ventricular debe tener bloqueo de entrada (al menos por momentos, posiblemente siempre) es posible que el bloqueo AV sea funcional. por conducción oculta.

Habría que ver en la telemetría o en un Holter si en algún momento el PQ se acorta (esto lo confirmaría)

--

Marigel Beltramino
