

Paciente masculino de 58 años de edad, portador de cardiopatía isquémica severa de difícil manejo y TV

Dr. Mauricio Rondon

Me permito el abuso de enviarles un caso interesante que tuvimos en nuestro hospital y que me gustaría oír la opinión y conducta de ustedes y luego les envío lo que hicimos y acepto las críticas para seguir aprendiendo de ustedes

Les envío la presentación con los 3 trazos de ECG consecutivos

Dr Mauricio Rondón

Paciente masculino de 58 años de edad, quien es conocido portador de cardiopatía isquémica con enfermedad de 3 vasos severa, con lesiones múltiples con malos vasos distales que lo hacen no revascularizable, pero ingresa por angor sin cambios agudos en el ECG y enzimas normales, durante su estadía en la unidad se mantiene con eventos múltiples de arritmia ventricular, repetitiva refractaria a tratamiento con Amiodarona, Atenolol y Tumetil a dosis bien elevadas y a pesar de implantarle un MCP transitorio para acortar QT, persiste con eventos repetitivos de TV

¿Qué otro paso debemos hacer?

14

100/67 (87)

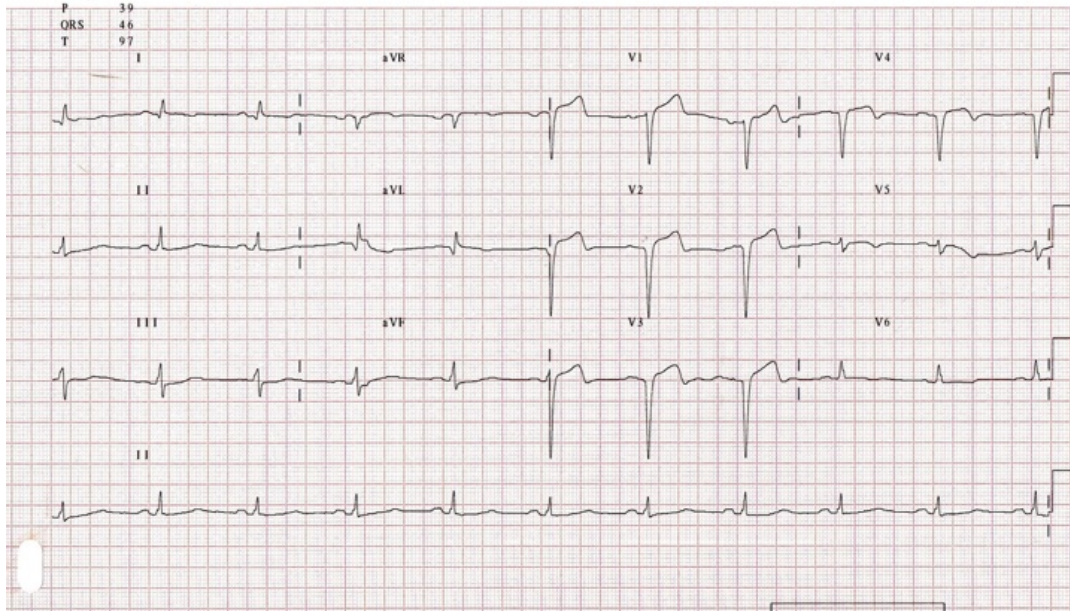
Frec. 60
PR 193
DORS 97
QT 471
QTc 471

00867409

ECG Nº 1 ingreso a UCC

--Eje--

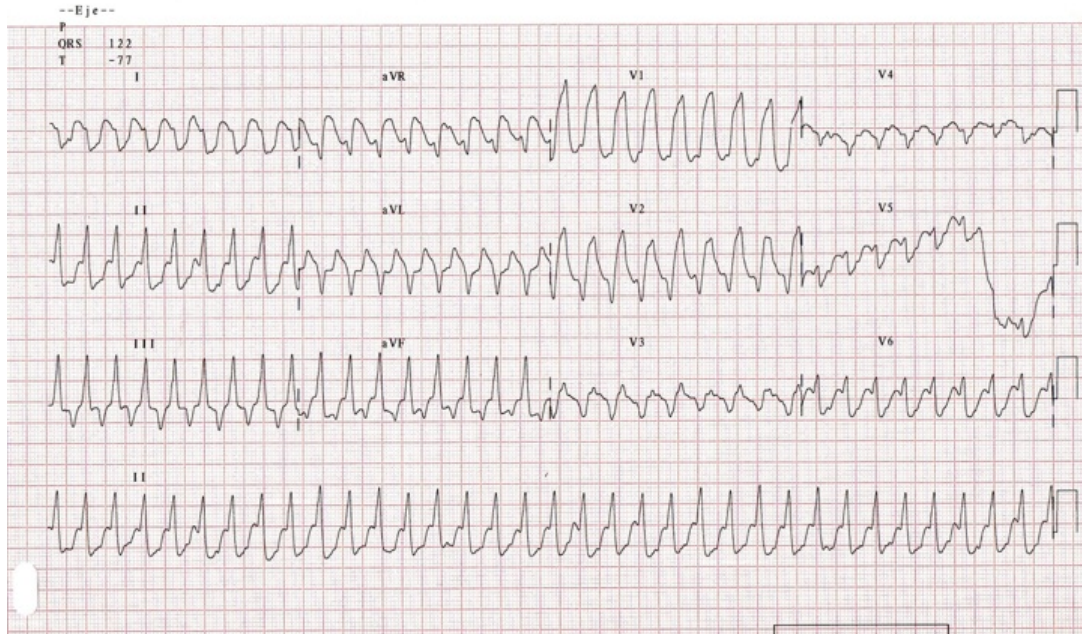
P 39
QRS 46
T 97



Frec. 204
PR 0
DORS 113
QT 260
QTc 479

00867409

ECG Nº 2 estando en UCC



04-Feb-2009 05:30:46 AM
58 Años

Varón Presión Sanguínea: 120/66

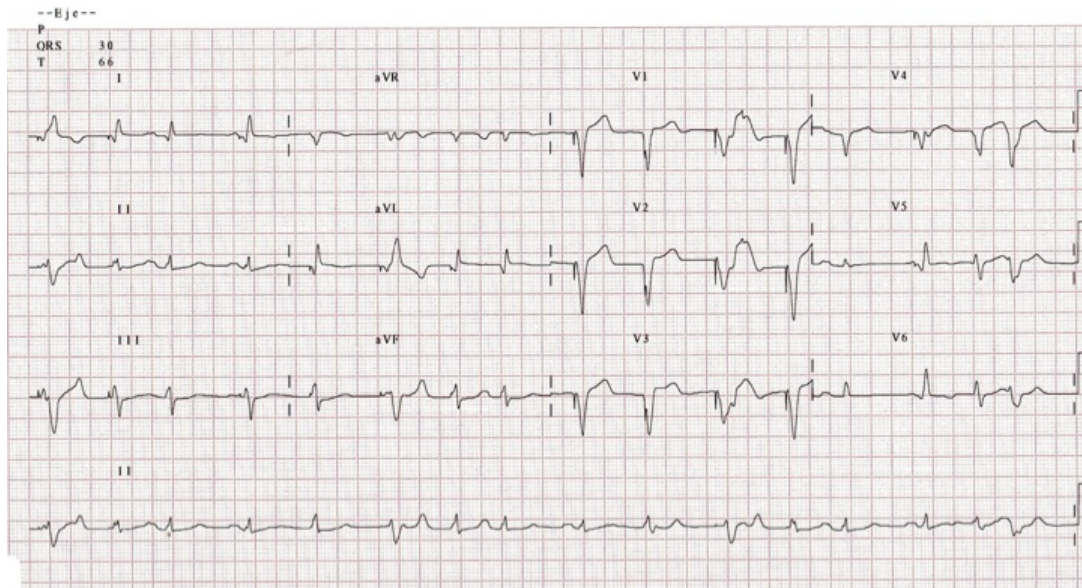
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS UCC
Departamento: UCC
Habitación: 3027 A

2

Frec. 86
PR 0
DORS 99
QT 354
QTc 423

ECG Nº 3

00867409



OPINIONES DE COLEGAS

Caso bastante bonito e interesante, cuando hablas arritmia repetitiva y presentas el ECG número 2 me imagino que es una arritmia MONOMÓRFICA que presenta taquicardia ventricular monomórfica mostrada en ese ECG, como tal es un paciente que tiene una indicación de ablación, en pacientes isquémicos el uso de MEXILETINA está contraindicado desde los tiempos del CAST, no hubiese indicado un marcapaso temporal porque simplemente no tiene indicación de estimulación temporal, pienso que retirar la mexiletina es mejor que el marcapaso temporal si deseas actuar sobre el QT, probablemente ese paciente también es candidato a DAI (FE?), lesión de tres vasos sin posibilidad de revascularización, cosa que también se pudiera ver en el EEI, en resumen mi conducta inicial: 1. Retirar mexiletina. 2. Uso de nitratos. 3. Ecocardiograma. 4. ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO + ABLACIÓN con o sin NAVEGADOR..

Abrazos desde Maracaibo Venezuela

Carlos Rodríguez Artuza

Aclaro puntos al Dr Rodríguez antes de hacer mi conclusión:

La mexiletina se puso después de comenzar con las arritmias repetitivas mientras se encontraba en UCC debido a que habían pasado por impregnación de Amiodarona + BB oral y todavía seguía con la TV monomórfica .- Se le ajustó MgSO4 en bolus y mejoraba muy transitoriamente y persistía en colgajos de TV.

La indicación de MCP temporalno fué para indicación de marcapaso sino para acortar el QT el cual siempre se mantenía prolongado para la FC alcanzando valores de 0.50 seg en ocasiones, se estimuló con el marcapaso a 90 x` y se mantuvo sin arritmias o por lo menos con menor densidad de ellas por72 hs. Igualmente tenía nitratos en infusión por el cuadro de angor y con fuertes sospechas de arritmias por isquemia miocárdica

El paciente se planteó para ablación previo estudio EF pero no alcanzó el tiempo y fallece con arritmia ventricular y bajo gasto sin evidencias de isquemia aguda y con valores de enzimas normales siempre mientras estuvo en UCC

¿Para qué le colocas un DAI a un paciente que tiene arritmias subintrantes en la UCC con eventos casi constantes con criterios de tormenta eléctrica, si le colocas un DAI en esta situación lo descargas en 1 semana y le produces un corazón a la brooster como el que presenté en el congreso de cardiología hace 4 años

Dr Mauricio Rondón

Querido Amigo Rondon

Su caso es altamente dificultoso, ya que su paciente NO se encuentra representado en ningun trial.

Antes de darle mi opinión, me pone contento saber que mi amigo Carlos, quien respondió antes que yo, ya esta de vuelta en su Maracaibo natal, sano y salvo luego de cruzar el rio Amazonas de espaldas, seguido por 3 cocodrilos, su suegra y una maraña de narcotraficantes que querían quedarse con su radiograbador estereo...

Feliz año Venezolanos!

Estoy casi de acuerdo con Carlos, pero sin embargo su caso plantea QUÉ hacer con el paciente en caliente, con TV sostenida refractaria a Amiodarona y Mexilitina. Su conducta en agudo fue poner un marcapaso para tratar de suprimir la arritmia por sobreestimulación.

Si bien tampoco hubiera sido mi primer maniobra no la descarto, pero OJO: si lo hago (lo hago habitualmente en QT largo por medicamentos, (ver paper reciente en Cardiology Journal llamado Multifactorial Long QT) el marcapaseo debe ser a 110-120 lpm, y en su caso Ud marcapasea a 90 lpm permitiendo que algunos latidos conducidos se manifiesten. Esto crea dispersión de la repolarización, que puede tornarse PRO arritmogénica (ver papers de Sweeney en SLS sequence).

En mi caso, yo hubiera discontinuado las 3 drogas: Atenolol, Amiodarona y Mexiletina; y le hubiera dado Procainamida EV. Si persistiera rápido y sin fallo de bomba (situación no clara en la presentación), le hubiera betabloqueado un poco más con Metoprolol EV. Si persistiera con arritmia, agregaría Lidocaina (en un intento desesperado por salvar la vida del paciente) y en cuanto estuviera estable, entonces concuerdo con Carlos, ablación de la TV (que NO es tan rápida).

Dado que el paciente tiene angina con esta arritmia, intentaría hacer una ablación del sustrato, para lo cual Ud requiere de navegador SI o SI (Un *mappable VT ablation*). Pero si no lo tuviera y el paciente se muere, entonces mapearía las extraístoles y usaría *pace mapping*.

Por supuesto, creo que el paciente está en sus 50s, si todo falla consideraría transplante como una opción de última.

Cabe recordar como clínico, que corregiría los trastornos electrolíticos y la falla de bomba, si estos fueran "*triggers*" de la arritmia.

Le mando un fuerte abrazo y quedo a la espera de otras opiniones. Me pregunto por ejemplo, ¿dónde se metió Femenia con su tropa de más de mil hijos?

Adrián Baranchuk

Mi conducta es clara, estudio electrofisiológico + ablación, es una TV MONOMÖRFICA AMIGO, el DAI no se coloca de entrada y eso lo deje bien esclarecido, recuerda la secuencia: 1. retirar mexiletina. 2. nitrato. 3. eco. 4. electrofisiológico + ablación. El DAI es una posibilidad después del procedimiento ya que si le curas la TV pudieras inducir otras TAQUICARDIAS tomando en cuenta que es un paciente isquémico, en ocasiones puedes hasta modificar el foco y el DAI puede ayudar, lo que no entiendo es el marcapaso temporal, si arriesgo invadir a ese paciente es para hacer ablación, por otro lado la arritmia es por un foco monomórfico, estoy seguro que nada tiene que ver con el QTL de ese paciente, además pareciera por lo que explicas que toleraba bien ya que lo tuvieron varios días con nitrato, atenolol, mexiletina y amiodarona. Pana, es mi punto de vista, es lo que HAGO en el hospital donde trabajo.

Resumo tomando en cuenta tus notas: 1. No doy mexiletina. 2. No coloco marcapaso temporal. 3. Electrofisiológico + ablación URGENTE.

También estoy claro que tiene enfermedad de tres vasos no revascularizable, puede morir en cualquier momento, eso hay que explicarlo bien a la familia, este punto para mi es el más importante, cuando decidimos hacer ablación en pacientes isquémicos GRAVES tenemos por conducta hablar bien claro con la familia y el paciente, en el INSTITUTO tenemos servicio de PSICOLOGÍA que nos ha ayudado muchísimo en pacientes de este tipo, te cuento que cada día es más frecuente encontrar estos casos difíciles.

Adrian ya estoy de regreso fugaz, te cuento que nadé solo 2 días, pero no estuve en el AMAZONAS, estaba en mi FALCON CARIBEÑO NATAL, lejos de tiburones.

Siempre aprendiendo con uds., voy a buscar ahora mismo el paper del Cardiology Journal, cuando digo que intento hacer la ablación sin navegador es porque en el HOSPITAL PÚBLICO que trabajo no cuento con navegador y allí intentamos hacer la ablación como dirí an algunos panas del Brasil "EN LA RAZA" y por increíble que pareciera no nos ha ido mal, resultados aceptables, es un caso malo, estamos claros, pero pareciera que TOLERA conforme lo poco que nos ofrece Mauricio, además está la opción que tú bien me agarraste en el aire PODEMOS ABLACIONAR LA EXTRASÍSTOLE, en el INSTITUTO tenemos navegador y es otro cuento, estoy plenamente de acuerdo con la LIDOCAINA, además en Venezuela no tenemos PROCAINAMIDA.

Hola Adrian, leí varios artículos en el CARDIOLOGY JOURNAL, incluso de Andrés y Edgardo, sin embargo en ese caso sigo sin indicar un marcapaseo rápido a 120lpm ya que ese paciente está bajo un contexto clínico diferente, está con dolor isquémico y el marcapaseo rápido a mi juicio empeora el dolor y la isquemia, es prácticamente una

prueba de esfuerzo, la arritmia que tiene es por reentrada no por el QTL, concuerdo contigo en todo lo demás, abrazos.

Carlos Rodríguez Artuza

Hey Amigos, feliz año, hoy he llegado de un descanso corto ya que mi esposa vuelve a su trabajo mañana, pero yo sigo, ja ja cuidando a la tropa. En el último número de la Revista de FAC publicamos un caso parecido que si quieren pueden leerlo (Rev Fed Arg Cardiol 2009; 38: 207-210), entran en fac.org.ar y van a revista y listo,

Con respecto a este paciente, coincido hay que sacarlo de la emergencia en la que está suspendería toda medicación que prolongue el QT, vasodilatadores a full mientras la TA lo acepte dado que no es revascularizable; acá en Mendoza no hay procainamida, por lo que yo daría lidocaina, infusión de magnesio, y rezar, si sigue con la arritmia inmanejable estimulación como dice Adrián, por encima de los 90/min. Yo lo ablacionaría sin dudas y luego DAI, sería mi primer planteo una vez salido de la emergencia. La ventaja del navegador es que podemos ir directamente a la escara por mapeo de voltaje sin necesidad de inducción, y aislar la cicatriz, es trabajoso pero se puede, si no se tiene navegador y presenta extrasístoles similares a la morfología de la TV, me guiaría por estas, me parece que no debe ser muy bien tolerada la TV ya que es rápida, este dato no está pero sería deseable no inducir, y reitero le pondría un DAI, aún no vaya espectacular con la ablación, se nos escapa un 30 a 40% de los pacientes, que o no podemos, o es insuficiente el resultado o recidivan.

Si no sale de la emergencia tiene indicación de Tx, bueno empezamos el año un abrazo para todos,

Francisco Femenia

Estimado Dr. Rondón.

Creo que en su presentación, al ser un resumen, deben faltar datos, que uno después va descubriendo o van apareciendo cuando decide hacer tal o cual cosa.

De acuerdo a lo que Ud. muestra el 1° ECG tiene un necrosis anterior extensa y un QT prolongado (¿estaba tomando amiodarona?). La isquemia puede prolongar el QT pero en general las arritmias que sobrevienen son TV polimorfas que degeneran en FV rápidamente. Supongo que la función ventricular de este paciente está muy deprimida ya que interpreto que tiene una miocardiopatía dilatada isquémico-necrótica de larga data (vasos no revascularizables). El segundo ECG presenta una TV monomorfa sostenida, lo que implica un sustrato y de mecanismo reentrante. No creo que el QT prolongado esté jugando algún rol en este caso particular, por lo tanto no le hubiera colocado un MCP, excepto que se bradicardizara por las drogas administradas. Supongo que el paciente ya venía tomando BB + IECA. Si la TV lo descompensaba hemodinámicamente por supuesto CVE. De ser tolerada, nosotros le hubiéramos administrado inicialmente lidocaína EV y ver la respuesta. Si fuera ineficaz amiodarona EV + BB (si lo tolera). Si aún sigue con TV lo consideramos una tormenta eléctrica y consideramos ponerlo en asistencia mecánica respiratoria. Examinamos si no hay alguna intercurrentia (infección, alteraciones hidroelectrolíticas, etc). Creo que si en los centros que tienen posibilidad de ablación de la TV sería una opción. De todas maneras son casos graves, la mayoría fallecen, especialmente por falla de bomba. La alteración eléctrica es expresión de una falla miocárdica severa y fallecen en asistolia, no hacen FV. Esta es la experiencia que nosotros tenemos. No recuerdo haber colocado un CDI en estas condiciones. Muchos de ellos ya vienen con el CDI por TVMS como prevención secundaria.

Sería interesante saber cómo resolvieron Uds. este caso.

Saludos.

Oscar Pellizzón.

Estimado Dr Rondon:

Ud se refiere a un paciente con cardiopatía isquémica, enfermedad de 3 vasos no revascularizables.

¿Debemos suponer que padece también de miocardiopatía dilatada? no comprendo porque no aportó si tiene una miocardiopatía dilatada, concuerdo que en el ECG tiene una necrosis anterior y uno presupone que debe encontrarse con una miocardiopatía severa, o creyó que es esto obvio para nosotros o padecía algún grado de disfunción ventricular pero no de grado severo. Al ingreso tiene ya frecuencia cardíaca de 60 lat por minuto, y un PR prolongado 197 mseg, y un QT prolongado (por drogas o por isquemia, ¿era normal previamente?), por lo que presupongo que ya se encontraba tomando BB y probablemente amiodarona. . No logro entender y disculpe mi ignorancia, pero ¿por qué atenolol?. ¿Tiene aún una adecuada función ventricular a pesar de su enfermedad coronaria?.

Ingresó por angor, no por síncope o evento similar. A pesar de un UCO presentar TV y FV.

¿Al ingreso ya presentaba los episodios arrítmicos? ingresa a la 5 AM y y la TV y FV registradas a las 4 horas del ingreso. ¿En el lapso entre estos no presentaba arritmias?, ¿había cedido el angor? ¿El angor desencadena sus arritmias?

No creo tenga un CDI colocado ya que sino no hubiera sido necesario colocarle un marcapasos.

¿Al evidenciarse los episodios arrítmicos se le agregó mexiletine?

¿Existía algún factor predisponente para exacerbación de su arritmia, estres, alcohol, infecciones, hipotiroidismo por el uso de amiodarona?

En muchos de las llamadas tormentas eléctricas no se encuentra un factor desencadenante demostrable.

Tengo más preguntas que respuestas.

Tiene colocado un marcapasos para controlar su arritmia, el Dr. Baranchuk nos puede explicar acerca de esto. Los medicamentos utilizados no han podido controlarla. Yo retiraría el mexiletine, y el atenolol. Me gustaría otro BB tal vez bisoprolol o carvedilol pensando en un paciente con deterioro de la función sistólica. Supongo que recibió ya en algún momento, lidocaina. El agregado de Magnesio y aparte de los IECA, y la medicación de los síndromes coronarios agudos. Agregaría aldactone si no se encontraba tomando y sedación. Y retiraría cualquier medicación que no tenga razón en el tratamiento de su cuadro actual.

¿El verapamilo? (está contraindicado supuestamente en TV), pero encontré el reporte que les envío debajo que en pacientes similares que no respondían a la terapéutica usual tuvieron respuesta, ¿algún especialista tiene conocimiento si es una buena alternativa terapéutica o solo me he encontrado con un reporte aislado, obviamente yo profundizaré la búsqueda, pero me gustaría saber su opinión.

La conducta posterior creo varía de acuerdo a si continúa con angor y la arritmia es manifestación de ésta, o si la arritmia desencadena su angor, con lo cual se podría decidir el EEF y ver posibilidad de ablación y luego colocación de CDI.

Si el angor desencadena las arritmias, ajuste del tratamiento médico para este, y ver posibilidad de revascularizar.

Ahora estimado Dr. Rondon aguardo la conducta decidida por uds y la evolución. No me va a dejar con la intriga.

Atte.

Martin Ibarrola

Taquicardia ventricular incesante como manifestación de isquemia miocárdica

Javier Sanz Salvo^a; Fernando Arribas^a; María López Gil^a; Regina Dalmau^a; Julio García Tejada^a; Santiago Jiménez Valero^a

^aServicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Rev Esp Cardiol. 2002;55:193-9.

Se describen los casos de 4 pacientes con taquicardia ventricular de comportamiento incesante fuera de la fase aguda del infarto. En 2 casos la taquicardia era lenta y se resolvió con la revascularización miocárdica tras demostrar la presencia de isquemia. En los otros 2 pacientes con taquicardias muy rápidas el verapamilo intravenoso interrumpió la taquicardia y consiguió una situación clínica estable tras el fracaso de la amiodarona y la lidocaína. En uno de ellos, la revascularización miocárdica evitó nuevas recidivas y en el otro no fue posible realizarla, volviendo a presentar arritmias. Se discuten los posibles mecanismos de estas taquicardias y su enfoque clínico y terapéutico.

Palabras clave: Taquiarritmias. Isquemia. Antagonistas del calcio.

Las taquicardias ventriculares (TV) durante la fase crónica del infarto de miocardio (IM) son debidas en la mayoría de los casos a un mecanismo de reentrada intramiocárdica relacionada con la cicatriz del infarto^{1,2}. Aunque en este contexto la isquemia puede actuar en algunos casos como desencadenante, normalmente no desempeña un papel primordial en su aparición, por lo que una adecuada revascularización o el tratamiento con fármacos antianginosos no evita el riesgo de recurrencia. El tratamiento antiarrítmico en estos casos va dirigido a la modificación de las propiedades electrofisiológicas del circuito de reentrada mediante fármacos (actuando sobre los canales de sodio o potasio) o a su interrupción mediante ablación por radiofrecuencia o cirugía^{1,3}. La administración de verapamilo intravenoso se considera contraindicada en presencia de TV, dado el deterioro hemodinámico que puede producir⁴.

Presentamos los casos de 4 pacientes con IM previo y TV que presentaron una respuesta terapéutica a la administración de verapamilo y/o a la revascularización miocárdica.

Disculpen las omisiones.

Paciente que ingresa al Hospital y es conocido de otro hospital portador de enfermedad de 3 Vasos no revascularizable y rechazado para cirugía por ese Hospital ,

Nosotros evaluamos la película del Cateterismo cardíaco y se verifica enfermedad de 3 Vasos con lesiones múltiples con malos vasos distales .

FE en 45% con único síntoma angor de esfuerzo y con una capacidad funcional hasta ese día en clase II (NYHA) no hay congestión venosa no tenía criterios de ICC al ingreso y solo es ingresado por angor a la UCC .- Estando en la Unidad es donde comienza a presentar los eventos arrítmicos y es cuando comenzamos con la medicación antiarrítmica .

Tenía como tratamiento de base nitratos (20 BID) + aldactone (25) + atenolol (50 x 2) como antihipertensivo + IECA (Ramipril 5 mgrs OD)

Cuando comienza con los eventos arrítmicos estaba muy sintomático de su angor pero llama la atención que existía muy poca expresión eléctrica de la misma y sus ECG se mantuvieron durante su estadía en la Unidad con muy pocos cambios agudos y sus enzimas en ningún momento se elevaron significativamente .

Los antiarrítmicos se colocaron durante su estadía en la Unidad y el marcapaso fue colocado por los encargados de la Unidad, pensando en el manejo de QT largo como causa desencadenante de la arritmia, que al parecer logra disminuir la densidad con el mismo por 48 hs .- Estoy claro que la FC colocada era 90 x`y que debería ser mayor si queremos acortar QT y tomar el control del ritmo del paciente y se planteó la opción de EEF para ablación de la TV pero no alcanzó a realizarse .

Paciente fallece a los 7 días de estar en la unidad con criterios de tormenta eléctrica y falla de contráctil al final del cuadro : Se le colocó Amiodarona , Sulfato de magnesio en bolus, mexiletina oral y llegó a recibir lidocaina bolus .. No tenemos Procainamida en Venezuela

Esto es lo que puedo informar hasta el momento de ese caso .

Voy a tratar de conseguir el cath en el Hospital y buscar las mejores imágenes para su evaluación

Saludos

Dr Mauricio Rondón

Estimado Mauricio

Lamento el desenlace del caso, pero a pesar de preferir alguna maniobra alternativa, estos casos son muy difíciles y a pesar de nuestros esfuerzos, muchas veces no podemos cambiar la fatal evolución.

Por eso insisto en que estos pacientes NO están representados en ninguna guía. Hay que basarse en la propia experiencia y atinar con cambios rápidos si la circunstancia clínica varía.

Algunos mensajes que podemos aprender del caso:

1. Era importantísimo, como se hizo en este caso, conocer la anatomía coronaria, reevaluarla, para saber si había chances de revascularización. No la había, punto.
2. Era fundamental descartar causas corregibles como ICC, trastornos electrolíticos y drogas proarrítmicas: se hizo, punto.
3. Muy discutible el implante de marcapasos, pero en una situación desesperada, puede ayudar. Se hizo, pero se marcapaseó a 90 lpm. La explicación: el paciente estaba con angina a altas frecuencias, y era muy probable que NO tolerara el marcapaseo a 110-120. También se dijo que la arritmia de este paciente es más probable que fuera por reentrada, y gatillada por isquemia, más que por QT largo. Buena observación.
4. Combinación de drogas: Amiodarona, Atenolol, mexiletina. Aquí la discusión no terminaría nunca, pero se habló de Procainamida (no disponible en Venezuela), Lidocaina (que SI se le dió), reemplazar el Atenolol por Carvedilol. Lo que se hizo se encuadra muy bien dentro de las posibilidades que había.
5. Ablación de TV: por favor, a los que NO hacen ablación de TV, les pido que sean cautos con este tema. Es una ablación muy compleja, difícil de hacer cuando el paciente tiene angor, en estas circunstancias puede desencadenar VF irreductible. Esto NO es lo mismo que una ablación del nodo AV o vía accesoria. Requiere mucha experiencia y aún así, el éxito está alrededor del 60%.
6. Implante de CDI: como señalaron varios, NO es viable durante la tormenta eléctrica, pero se lo podía tener en cuenta luego de una ablación que disminuyera la frecuencia de la arritmia.
7. Transplante. Lo mismo, generar un transplante en agudo es altamente difícil, implicaría traslado (en caso de no contar con transplante en el centro) más la suerte de conseguir donante en una situación desesperada.

Gracias, maestro Rondon, por traer un caso, que si bien el desenlace no fue bueno, nos sirvió para intercambiar ideas y posiciones.

Un abrazo

Adrián Baranchuk

Muchas gracias Dr. Rondon por la clara descripción de la secuencia clínica y evolución del paciente. Lamento la desgraciada evolución, no creo en un paciente al ser derivado a su centro ya con la evolución de su cardiopatía isquémica, arritmias ventriculares complejas refractarias al tratamiento, la discusión de una droga u otra hubiera cambiado la evolución, y más no revascularizable. Estoy de acuerdo con que en estos pacientes particulares no existen guías o consensos que puedan guiar las conductas.

Si existen guías post IAM con deterioro de la función sistólica, y en el tratamiento del angor crónico estable, que exceden lo realizado por su grupo en el paciente agudo. Tal vez y esto como una reflexión, si luego de su IAM y tratándose de un paciente joven, extremar el estudio y la detección del riesgo proarrítmico y la prevención de la aparición de arritmias y la progresión de su enfermedad coronaria de acuerdo a estas guías. Pueda disminuir la aparición de cuadros como el presentado por este paciente.

Muchas gracias por el detallado relato.

Saludos. Atte.

Martin Ibarrola

Buenas tardes y un afectuoso saludo de año nuevo para todos!

Había tratado de enviar una presentación de Power Point donde aclaraba varias cosas del caso, pero no tengo el archivo a mano en este momento para adjuntarlo como indicó el Prof. Edgardo, en fin, este caso tuve la oportunidad de vivirlo durante el último año de mi formación en el Hospital... El paciente venía referido de otro centro, por lo que traía consigo algunos estudios: Masculino, 44 años, tabaquismo activo (42 paquetes/año), Hipertenso controlado, con antecedente de IM anterior extenso en el 2007, presentando bigeminismo ventricular y resultado final de Cardiopatía dilatada con FE 35%, y ETT-Dobutamina negativo para viabilidad (en esa fecha), en Enero 2009, presenta nuevamente angina, mareos y sensación de desvanecimiento, ingresa al otro Hospital donde presentó TV (no envían trazo) que requirió CV eléctrica, estabilizan, realizan Catcon evidencia de enf de 3 vasos no revascularizable (ADA 100% ostial con malos

lechos distales, ACx 90% proximal y ACD 80% medio). El paciente llega a nuestro hospital, con angina y presenta nuevamente TV monomórfica sostenida (como la del ECG que envió el Dr. Rondón), al realizar nuevo ETT en nuestro centro se evidencia FE 25%, con criterios de tormenta eléctrica (ameritó más de 50 CVE!!) se colocó Metoprolol como BB, y el paciente recibió Amiodarona VEV y Mexiletine, también bolus de Lidocaína (añorando tener Procainamida en Venezuela, pero NO HAY), se intentó realizar overdrive pacing de la TV (conducta muy discutida y criticada con posiciones encontradas incluso dentro del mismo servicio), pero se hizo, con control parcial de la misma, al no haber angina (paciente recibía Nitratos, IECA, Espironolactona, ASA, Clopidogrel, Atorvastatina, además de los antiarrítmicos mencionados, acompañado de corrección de electrolitos) se subía FC del MCP a 120 lpm, si era tolerada, así permanecía, pero el paciente siguió con TV incesante. Se solicitaron todos los recursos necesarios para intentar hacerle frente a la ablación de la TV, con navegador, se solicitó sedación e intubación, pero el paciente fallece. Es un caso sumamente complejo, que no se lo deseo a nadie!!!, pero se trabajó arduamente en consecuencia del mismo, con el resultado temido, pero esperado... En inicio, revascularizar es la salida, pero era IMPOSIBLE, controlar TV isquémica es muy difícil, ya que no es solo reentrada así inocente como suena...es reentrada a través de múltiples rampas de tejido cicatrizal y tejido viable, en varias direcciones, un laberinto en 4 dimensiones!!!! Detener la reentrada en TV isquémica usando drogas, es difícil pero se intentó, bloqueando a distintos niveles con las drogas disponibles. Sobreviene la tormenta eléctrica y pues se hace el *overdrive pacing*, reflejado como indicación IIb nivel de evidencia C, pero medio funcionó (probablemente más por casualidad que por causalidad), y se hizo el trámite para tratar de realizar la ablación, pero no fue posible. Sin embargo, la ablación de la TV era otra posibilidad más, pero no el éxito seguro, ya que ni siquiera el grupo del estudio Thermocool (Circulation 2008; 118:2773-2782.) que es el más experimentado en estas lides tiene números taaaaaaaan alentadores con 49% de pacientes libres de TV a los 6m, 24% de recurrencia de TV incesante inmediata, 3% de mortalidad de procedimiento y 20% de aumento de arritmias (en manos super experimentadas). Bueno, fue un caso muy interesante, aunque terrible... Feliz 2010!!!

Dra. Yolanda Abreu H.
Caracas-Venezuela

Estimada Dra. Yolanda, estos casos son como volcanes, entran en erupción y no paran más, y a nosotros también nos pasó, con la diferencia que a nuestro paciente se intentó revascularizarlo, pero continuó sin dudas isquémico, y no hubo forma de frenar la evolución de la emergencia

Pienso en voz alta y digo si directamente a estos pacientes no hay que invadirlos de inicio, sedarlos con propofol (que puede disminuir la TE), balón de contrapulsación, además de todo lo mencionado medicamente e intentar la ablación pero no para curarlo sino para salir de la situación de emergencia y luego reevaluar; y con respecto a esto creo que centros de arritmias con un buen volumen de trabajo, aún no sean los más experimentados en ablaciones de TV, estos casos no dan muchas opciones, hay que intentar la ablación, son casos muy dramáticos ya que se hace todo y el paciente fallece igual, saludos

Francisco Femenia

Dr Femenia .

El hacer cosas en estos casos complejos, son más para vencer nuestro miedo al final seguro que ellos siempre tienen, pero seguiremos actuando con mucho miedo, pero actuando hasta lograr hacer cosas mejores para esos pacientes difíciles.

Propongo al grupo, si me lo permiten, llevar estos casos a las reuniones clínicas de Electrofisiología de los Hospitales donde trabajamos y que puedan oír la opinión de personas expertas en estos menesteres, para que sepan lo complejo de estos casos y que puedan entender cada cosa que intentamos y como lo harían igualmente ustedes...

Definitivamente no saben lo que aprendemos con estas discusiones de grupo

Gracias a todos por sus intervenciones .- Prepararé un nuevo caso tan interesante como el anterior para que podamos volver a tener el placer de oírlos

Gracias

Dr Mauricio Rondón

Hola a todos amigos, actualmente estoy en la Isla de Curazao, en la octavita de fin de año, Yolanda, eso nos pasa en Venezuela por culpa de nuestro SISTEMA DE SALUD, cuando dices se hizo el trámite y no fué posible queda todo reflejado, nosotros en Venezuela aún estamos a años luz de muchos países, estoy seguro que cualquier médico de un país desarrollado no entendería esa situación, se hizo el trámite como muchos casos que mueren en nuestros hospitales colapsados por el caos que estamos viviendo y el miedo que tenemos muchos venezolanos de hablar, por lo menos por este foro podemos comunicar la realidad que vivimos, felicitaciones a todos los que manejaron el caso porque hay que hacer algo y uds. lo intentaron, abrazos a todos y Edgardo perdona las mayúsculas por FAVOR

Carlos Rodríguez Artuza

Carlitos ...

Deja de criticar tanto a tu país, que ese caso es difícil desde Maracaibo contigo de guardia hasta el Mass General en Boston

Esto no es cuestión de sistemas de salud , porque si al caso vamos en la actualidad , tengo un equipo de Hemodinamia, con turno diario para hacer cualquier tipo de estudio y nuestra limitante es cerebro y mano con ganas de hacer cosas buenas e intentar día a día las cosas que aprendemos .

Yo no me siento que estoy en las nebulosas, pero puedo hacer muchas cosas por mis pacientes y este caso si tiene un buen seguro en USA podría tener la disponibilidad del estudio, ahora bien, si es un pata en el suelo, ni siquiera tiene derecho al diagnóstico ... ya que no entra .

Dr Mauricio Rondón

Amiguito, te voy a decir algo, hay que ver el cielo con los pies en la tierra, este caso es difícil en todos los países del mundo-

SI-, se hubieses muerto en el hospital universitario de maracaibo- ó SI- por la misma razón del trámite, ahora si tenías todos los recursos entonces ¿por qué no le hiciste la ablación en 7 días?, la Dra Yolanda fue clara, se murió en el trámite, así como en el Hospital Universitario de Maracaibo se mueren pacientes esperando cirugía, en el Hospital Universitario de Maracaibo solo hicimos 18 ablaciones en un año, creo que exagero, no por falta de voluntad, todo queda en el trámite y en la ineficiencia, ahora si hablar la realidad del país es un sabotaje como dicen los personeros del gobierno,-te duele- tú que estás con este proceso revolucionario ¿por qué no nos ayudas por lo menos en Maracaibo en el área de electrofisiología, para intentar hacer el deber ser, te pido por lo menos la rutina, ablaciones convencionales que es lo que hacemos el día a día, este foro nos puede servir como la procainamida, para desenmascarar la realidad de un país que regala millones,habla y habla para NO hacer nada (perdon Carlos L), yo me he quedado en mi país viviendo y luchando como tú, te respeto y admiro, pero por favor abre los ojos, nosotros los venezolanos criollitos no tenemos dinero para publicar la verdadera realidad del país y en este foro de alto nivel aprovecho esa oportunidad, se que arriesgo mi pellejo, pero sabes una cosa, no estoy cansado de batallar y quiero quedarme hasta el último momento con mi frente en alto, porque no voy a dar ni un paso atrás, lo único que tengo para defenderme es mi voto y mi palabra,como tal la estoy ejerciendo, así que hermanito,cambiamos juntos la realidad de nuestro país, resolvamos primero los problemas de casa y luego los de afuera, no regalemos plantas de electricidad a otros países si estamos con una crisis eléctrica, no regalemos casas a otros países si hay escasez de vivienda, ni que hablar de la inseguridad, SRES la policia y la GUARDIA NACIONAL solo resuelven de inmediato disolver las marchas de la oposición, además que tenemos una supuesta guerra declarada por el imperio, cuando nos matan los hampones todos los días, Adrian estuvo en mi casa y vio mi camioneta producto del hampa, no fue un cohete americano o colombiano, etc, etc....., hermanito construyamos una Venezuela bonita para que sea feliz todo el mundo y no tengamos necesidad de enviar mensajes indirectos rayados en rojo, así estaremos contentos todos y ese paciente de repente, se hubiese muerto hasta en sala.....Gracias a Dios que eso no ocurrió y QEPD.

Para los que no son venezolanos les cuento que en este país se hacen más ablaciones en la medicina privada que publica por increíble que pareciera,si eso es mentira, pongo mi cabeza a la orden, Adrian perdoname pero creo que nunca voy a poder escribir una novela.

Carlos Rodríguez Artuza

Estimados amigos: estos casos que han presentado (TV monomórfica, Tormenta eléctrica, uso de CDI en cardiopatías isquémicas con baja FE, ablaciones, etc) me han dejado una gran enseñanza en lo que se refiere a las patentes electrocardiográficas, al uso de drogas, correlación anatómica y conductas durante situaciones críticas en donde los lectores creo que hemos podido "vivenciar o experimentar" lo difícil de la tomas de decisiones en esos pacientes "cuasi" terminales o terminales y en entornos complejos. Es en este sentido donde quiero rescatar estas palabras que siguen *"...es claro que tiene enfermedad de tres vasos no revascularizable...puede morir en cualquier momento y eso hay que explicarlo bien a la familia. Este punto para mi es el màs importante, cuando decidimos hacer ablaciòn en pacientes isquémicos GRAVES tenemos por conducta hablar bien claro con la familia y el paciente, en el INSTITUTO tenemos servicio de PSICOLOGIA que nos ha ayudado muchisimo en pacientes de este tipo,te cuento que cada día es mas frecuente encontrar estos casos dificiles"*.

Si bien lo escrito en cursiva es obvio, me parece muy importante recalcarlo ya que lo que más nos demandan los psicólogos es que los convocamos poco, que somos difíciles para trabajar en equipo y que tenemos ciertas limitaciones en el manejo del sufrimiento emocional, tanto del paciente como de la familia (referencia del curso de posgrado en Psico-Cardiología en donde eramos 2 cardiólogos y 12 psicólogos). Tal vez debamos reflexionar si este tema lo tenemos plenamente incorporado.

Con respecto a la palabra "obvio" cabe decir que en el manejo de las emergencias puede utilizarse un axioma (no como concepto epsitemológico [1] de verdad evidente que no requiere demostración sino como expresión lógica que deba aceptarse para avanzar en la búsqueda de conclusiones) que dice...**"durante el manejo de una emergencia NADA ES OBVIO, ni siquiera "lo obvio" ya que por no pensar en lo obvio (por obvio) se llega al punto de no tenerlo en cuenta...y es aquí donde se nos escapa la tortuga [2]**

Esto es una de las bases de los procedimientos del CRM (Crew Resource Management:Gerenciamiento de Recursos Humanos en Operaciones) en la aeronáutica para la prevención de eventos o incidentes desfavorables.

"La vida no es esperar a que pase la tormenta, es aprender a bailar bajo la lluvia..."

[1] y[2]: De Platón a Maradona

Un abrazo a todos y aunque tarde feliz año.

Daniel Corsiglia

