

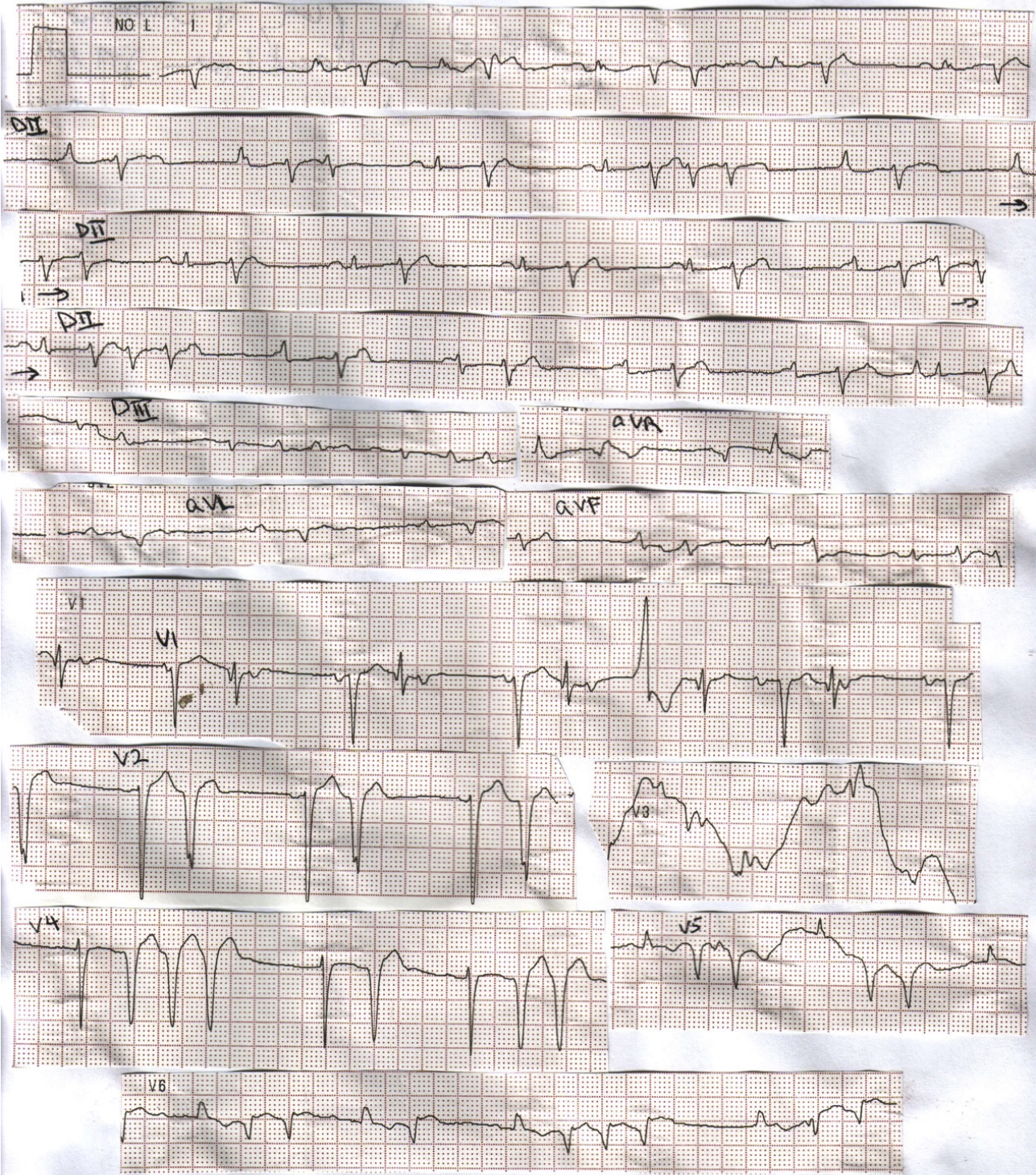
Paciente masculino de 76 años con antecedentes de enfermedad coronaria que presenta marcada astenia y adinamia – 2007

Dr. Ricardo Pizarro B.

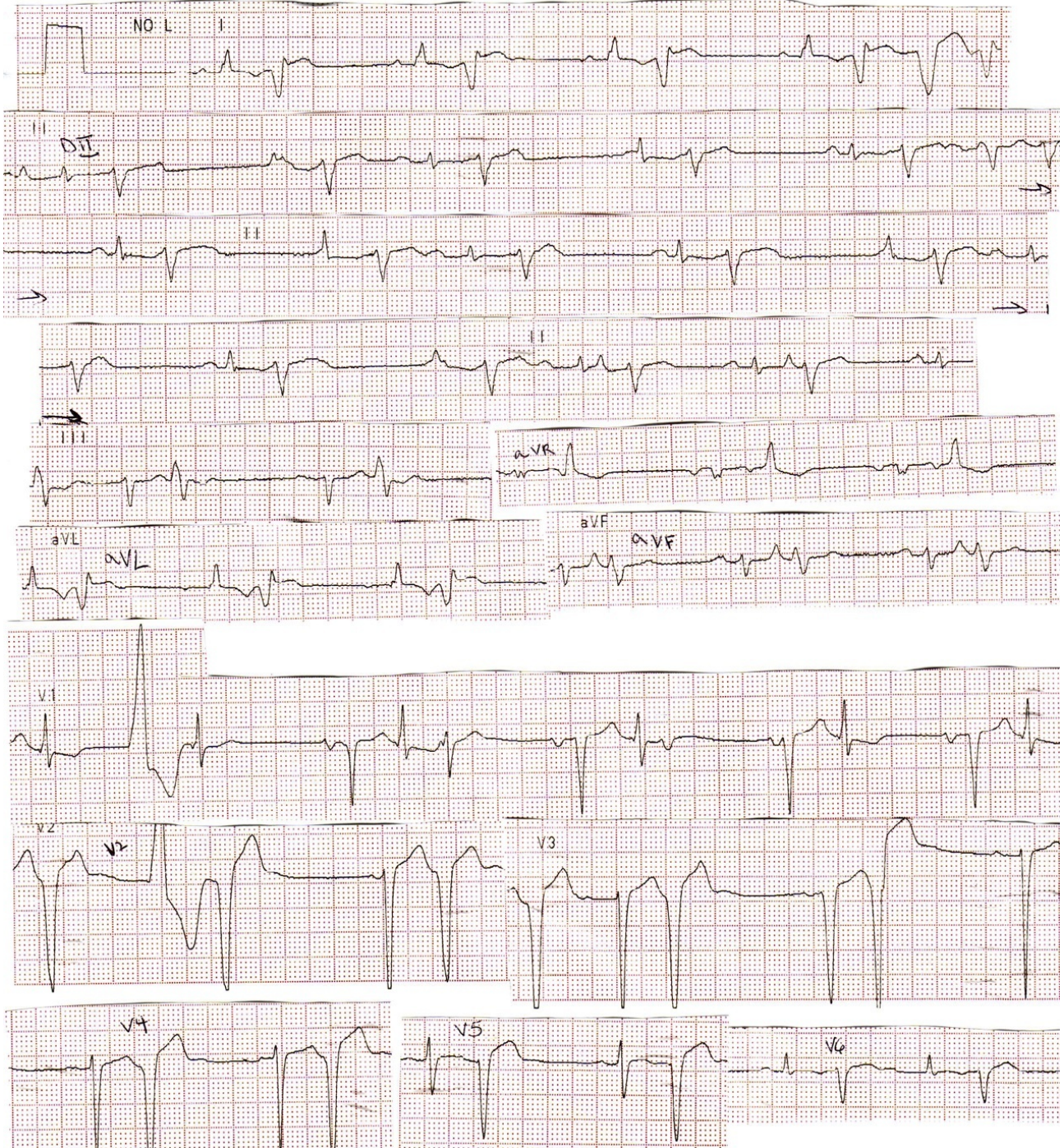
Paciente masculino de 76a que llegó a nuestro C. de Urgencias hace 5 días: adinamia y + cansancio al caminar de 1 semana de evolución, que le habían bajado la dosis de furosemida y espironolactona. Creo que con este ECG estará un poco más clara la interpretación electrocardiográfica. Les recuerdo que la digoxinemia fué de 0.63, con eletrolitos normales; hoy le relizaron el ECO (no tengo resultados a la mano); el paciente refiere "sentirse mucho mejor", y está con furosemida 40mg BID, espironolactona 1 tab. BID, digoxina 0.25mg c/día, asa infantil c/día, ramipril 2.5mg c/día. En lista para MPP. Hasta la vista,

Dr. Ricardo Pizarro B.

Paciente masculino de 76ª que llega a nuestro C. de Urgs. con historia de: desde hace 1 semana con astenia, adinamia, más cansancio al caminar, al punto que hoy no puede levantarse y dar + de 5 pasos seguidos. By pass coronario hace 21 años. P.A.: 130/80 sentado. RsCsAs, escasos estertores bibasales, edema de 2+/4+ (que previamente no presentaba), FR:20 x´.



Paciente masculino de 76a que llega a nuestro C. de Urgs con historia de astenia, adinamia y cansancio al caminar de 1 semana de evolución, ECG N° 2, a los 5 días después de su ingreso. Digoxinemia: 0.63. Electrolitos dentro de límites normales. Sin signos de falla cardíaca aguda. Refiere sentirse "mucho mejor".



OPINIONES DE COLEGAS

Dr. Pizarro:

Estimado compañero:

La referencia de "en lista para MPP" ¿Qué quiere decir? Marcapasos permanente? Ahora está en ritmo sinusal (según ECG que aportas), ¿por qué no le hace un HOLTER y lo deja en standby, hasta ver evolución que clínica (según Ud) y electrocardiográficamente va mejor.

Un saludo

Joaquín Fernández Ortiz

Apreciado Dr. Pizarro.

Creo que la opción del MPP en este momento no sería la más idónea teniendo en cuenta la evolución ECG . El pte ha respondido bien a la terapéutica tónico - depletora . Me gustaría saber el resultado del ECO donde esperamos encontrar dilatación de VI con remodelación, observando los segmentos miocárdicos afectados, deterioro importante de la función sistólica con incremento de la PD2VI, dilatación de AI con gradiente de regurgitación, un posible patrón de llenado restrictivo. Además puede existir un derrame pericárdico que explicaba el bajo voltaje .

Disculpeme las predicciones.

Un cordial saludo.

Dr. Francisco Martorell

Saludos a todos en el FORO: MPP (marcapaso permanente). Estoy de acuerdo con usted, estimado Dr. Joaquín Fernández Ortiz, y eso fué lo que decidió precisamente el MD cardiólogo al cual está a cargo el paciente, luego de ver este ECG. Muchas gracias por su recomendación, y también muy agradecido por la participación de los demás colegas que le dieron "sabor" al caso con su invaluable experiencia. Espero traerles pronto otro ECG que despierte pasiones similares.

De Ustedes atte,

Dr. Ricardo Pizarro B.

Muchas veces uno se queda en el dispositivo y no en el paciente. Si mal no recuerdo este paciente tiene insuficiencia cardiaca de etiología isquémica, no solo el marcapasos es necesario sino tambien conocer el eco y si tiene isquemia o no.

Simón Pero

Perdón pero ando un poco atrasado en la lectura del foro, pero me parece importante a los fines de un ordenamiento dejar en claro que las Guías 2006 de la ACC / AHA y la ESC continúan considerando electrocardiograficamente a las TVNS como 3 o más latidos de duración y que terminen espontáneamente en menos de 30 seg. Si alguien las quiere reconsultar están publicadas en la Revista Española de Cardiología, Volumen 59, Número 12, Diciembre 2006, y de seguro en otras revistas, ahí va la dirección:

http://www.revespcardiolog.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.pdf?pid=13096582

Saludos.

Dr. Tomás Campillo.