

Hombre de 84 años con manifestaciones de insuficiencia cardíaca crónica y EAP – 2005

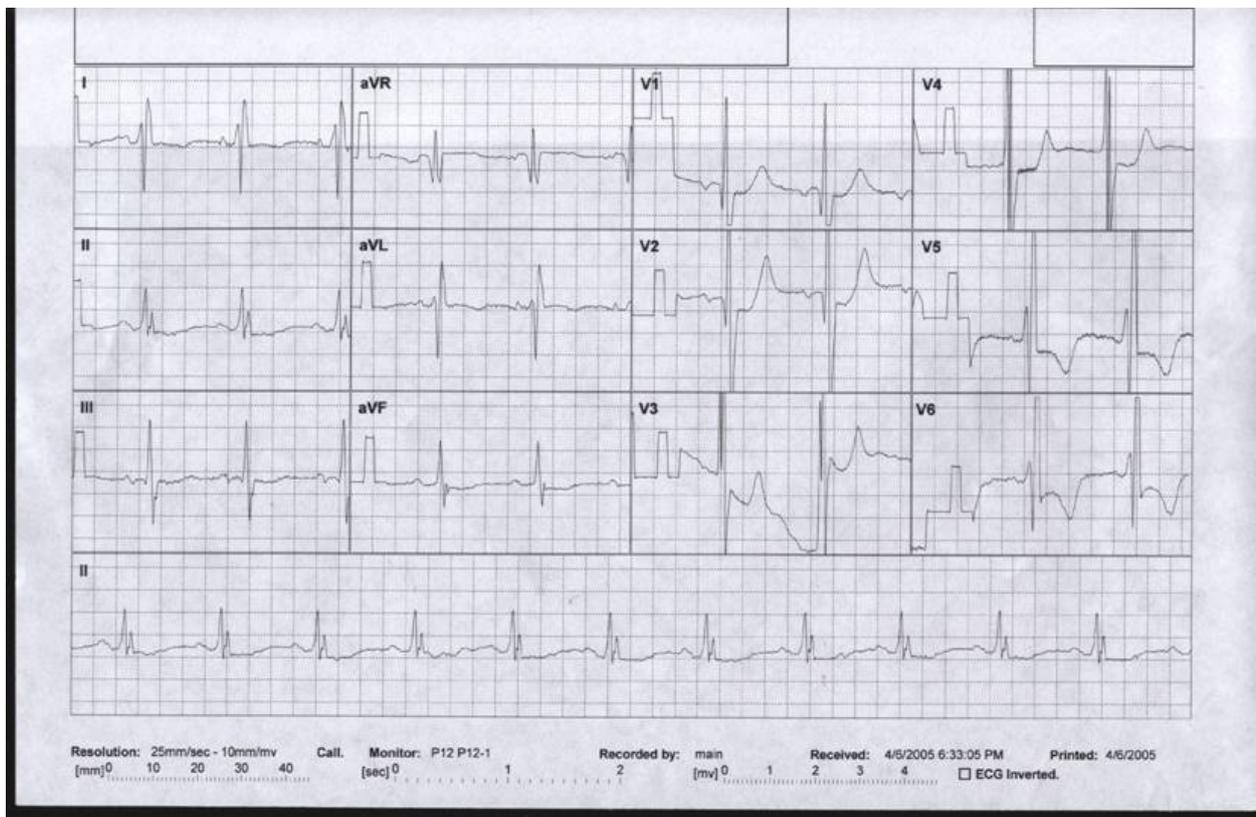
Dra. Laura Pozo Carou

Saludos a todos desde Venezuela, tengo 28 años, soy residente del postgrado de Medicina de Emergencias del HUC Caracas y estoy suscrita a su red, tengo el siguiente electrocardiograma de un paciente masculino de 84 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, que refiere, disnea a grandes esfuerzos de 6 meses de evolución que se exacerba de forma aguda el día de su ingreso hasta la ortopnea, edema en miembros inferiores, reflujo hepatoyugular, edema agudo de pulmón, este es el electrocardiograma, cuando el cuadro ya se hallaba compensado. Me gustaría saber su interpretación de este electrocardiograma.

Gracias de antemano por su ayuda

Laura Pozo Carou MD

Residente del post-grado de Medicina de Emergencias del Hospital Universitario de Caracas



OPINIONES DE COLEGAS

Mi modesta interpretación: Bloqueo completo de rama izquierda del haz de His con sobrecarga ventricular izquierda y crecimiento ventricular derecho.

Saludos.

Luciano Pereira

Mi laudo es: sobrecarga atrial izquierda, sobrecarga biventricular: SBV (isodifásico amplio: señal de Katz-Wachtel), con una área eléctricamente inactiva septal o antero-septal y una anomalía de conducción intraventricular del estímulo, eventualmente secundaria a SBV. Los infradesnivelamientos del ST en pared lateral pueden ser por isquemia pero también por sobrecargas o mejor de causa mixta. De cualquier modo ellas son indicativas de mayor gravedad y mayor riesgo de mortalidad. Este paciente debe haberse descompensado por embolia o múltiples embolias.

Andrés R Pérez Riera

La primera impresión es que el ECG está "patas para arriba". La segunda impresión (el cartelito que dice "ECG invertido") parece confirmar la 1ª

Si fuera así tiene más sentido que la parte más lenta del QRS sea la final, (BRD).

En este caso tendría BRD SVI, necrosis diafragmática posterior y lateral reciente, BAV 1ª

Lo que no "pega" es la P. Si está "de cabeza" el ritmo no es sinusal.

Para BRI llama la atención que la parte media del QRS sea rápida.

De todos modos muchas veces la 1ª y 2ª impresión resultan erradas ;-(

Saludos

Marigel Beltramino

Buenas días y en especial a la Dra. Pozo ya que le escribo desde el Centro Médico Docente La Trinidad (Caracas-Venezuela).

Mi interpretación del EKG:

Ritmo sinusal, pareciera haber PR mas de 0.20 (BAV grado I), el QRS tiene un patrón rSR` mayor 0,12; R alta en V1, con complejos hipervoltados y depresión de ST de V2 a V4 y del ST-T en V5 y V6. Eje desviado a la derecha. El índice terminal de P en V1 es mayor de 0.04 (pareciera 0.08).

Concluyo:

1. crecimiento de aurícula izquierda,
2. crecimiento de ambos ventrículos (con sobrecarga de presión del VI y probable isquemia subendocárdica),
3. trastornos de conducción intraventricular.
4. BAV grado I?

¿Qué opinan los otros colegas del foro?.

Saludos,

Dr. César J. Herrera R.

Médico Internista. Centro Médico Docente La Triinidad. Caracas – Venezuela.

Estimados compañeros:

El electrocardiograma junto con la historia clínica que comenta la Dra. Pozo impresiona de un paciente afecto de una miocardiopatía hipertrófica? que podría verificarse por ecocordio. Llama la atención la gran magnitud del 3er vector en prácticamente todas las derivaciones (probablemente por predominio de hipertrofia en zonas basales) junto con el trastorno de la conducción interauricular (imagen de P +/- en derivaciones inferiores) frecuente también en estos pacientes y un ensanchamiento del QRS que lo explicaría la fibrosis que acompaña a los crecimientos ventriculares. No observo criterios electrocardiográficos de bloqueo ventricular derecho ni izquierdo.

Un afectuoso saludo a todos.

Javier García Niebla.

DUE-Área de Salud de El Hierro.

Islas Canarias.

Un saludo muy afectuoso para todos desde España.

El ECG que aporta la Dra. POZO, de Caracas (Venezuela) no se rige por ninguna norma, por ello le aconsejo que lo primero que debe hacer es repetir el ECG al enfermo y que esté ella presente en la realización del mismo.

¿Qué cambios sufrieron los ECG,s evolutivos?

Si es posible que remita algún ECG anterior. Gracias

Joaquín Fernández Ortiz

Saludos a los del Foro

Dra. Pozo, es bueno saber que tiene buenas intenciones para la cardiología

El ECG que muestra debería demostrarse que fue realizado con las normas establecidas.

Pareciera que hay fallas en su realización, y sería conveniente repetirlo. Aunque es obvio los signos de crecimientos de cavidades y trastornos de conducción intraventricular, es muy dudoso que sea de calidad.

Gracias.

Cardioriente. Nueva Esparta.

Hola: Mi opinión es volver a realizarle el ECG al paciente y si fuese igual o similar, en ese caso decidiría realizar un Ecocardiograma. y de ser necesario para mi criterio haría un estudio electrofisiológico.

Muchas Gracias.

Tiziana Pizzorno

De acuerdo al electrocardiograma mostrado, es conveniente realizar pruebas con medicina nuclear ya que es preciso descartar infarto del miocardio y si existe zona de isquemia en riesgo. Recuerda que es muy difícil alguna vez descartar ECG infarto del miocardio

Martha Castillo

Hola. Estoy de acuerdo en que parece necesario repetir el ECG, porque en las precordiales la onda R va disminuyendo de voltaje hacia V6. Si se confirma esto estaríamos con un eje desviado a derecha y complejo rSR en V1-V2 y se pone interesante las alternativas posibles. En todo caso, el ecocardiograma me parece mandatorio.

Saludos,

Mario Zapata,

Chile.

