

FEMININA – 71 ANOS – MIOCARDIOPATIA HIPERTENSIVA

ICC GRAU II – DESCOMPENSAÇÃO AGUDA EM OUTUBRO DE 2016 – INTERNADA POR 05 DIAS – ALTA COMPENSADA

MEDICAÇÃO: FUROSEMIDE 40 -..LOSARTANA POTASSICA 50 X 2 - DIGOXINA 0,125 - 1/2 CP- 2a A 6a FEIRA - DIVELOL 12,5X 2

DADOS DO ECOCARDIOGRAMA(12/02/2017) = SEIOS AORTICOS = 22 AE = 46
DDFVE = 50 DSFVE = 37 SEPTO/PPVE = 12/10 FE = 51% MASSA VE = 260G VDFG = 118 VS = 60 VSF = 56 AUMENTO DE ATRIO ESQUERDO HIPERTROFIA EXCENTRICA MODERADA DE VENTRICULO ESQUERDO

AVALIADA NESTA DATA – 16 05 2017

EXAME No: 0000000073 PACIENTE:
 IDADE: 70 anos

TEB[®] ECGPC VS 1

Eletrocardiograma

16/05/17 10:14



170516101410LOCAL001 - 1 - ECGPC:142439110 - V2.02 - Hora: 10:15

- ASSINTOMÁTICA PERGUNTA:

1. DIAGNOSTICO ELETROCARDIOGRAFICO

2. 2. ANTICOAGULARIA ESTA PACIENTE?

Adail Paixao Almeida

OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Adail,

Se ve claramente un bloqueo interauricular (Síndrome de Bayes). Su pregunta acerca de la anticoagulación es difícil. Por ahora sabemos que estos pacientes tienen más fibrilación auricular, pero no tenemos indicación de anticoagulación en ausencia de fibrilación auricular documentada. Sería por lo tanto una decisión individual basada en la preferencia del paciente y el médico tratante.

En EEUU trataríamos en documentar FA antes de iniciar anticoagulación.

Saludos,
Mario D. González

Prezado Adail: Voce pergunta porque se usaria anticoagulantes nesta idosa.

Nada comentas na história se houve algum registro de FA paroxística silenciosa durante aquele evento o fora dele (*"Silent atrial fibrillation"*).

Apenas comentas que ela teve um episodio recente de descompensação aguda mas nada comentas das características do evento nem de eventuais registros nesta ocasião.

A descompensação poderia ter sido ocasionada por uma crise hipertensiva que originara edema agudo de pulmão por um aumento momentâneo da PA poderia ter desencadeado uma FA aguda revertida.

Mas isto não esta esclarecido na tua história.

Se a descompensação referida tivesse sido ocasionada por uma FA paroxística agora revertida aplicaria o esquema de pontuação (score) de Birmingham 2009 (acrônimo CHA2DS2-VASc) o qual adiciona contagem adicional a diversos critérios como idade, sexo, historia positiva para ICC, historia + de hipertensão, historia de acidente vascular cerebral transitório ou de tromboembolismo, historia positiva para doença vascular e historia de diabetes.

Caso se tivesse registrado o evento paroxístico de FA ela teria **2 pontos pela idade avançada (> 75 anos) + 1 ponto pelo fator sexo + 1 ponto pela ICC + 1 ponto pela historia de hipertensão positiva**

Por tanto a somatória daria no mínimo 5 pontos consequentemente teria indicação.

Adicionalmente a paciente apresenta o padrão de onda P plus-minus nas inferiores da síndrome de Bayes mais um fator que pesa para o uso de anticoagulação.

Uma outra coisa que não concordaria seria com o uso de digitálico adicionaria espironolactona e colocaria o carvedilol na

dose plena e trocaria losartana por olmesartana 40mg 1 vez por dia.

Andrés R. Pérez Riera

Estimado Adail:

Muy interesante caso, que da pie para varias preguntas:

- La paciente tuvo una descompensación AGUDA en Octubre/16. ¿Puede ser que la haya provocado un episodio de fibrilación auricular paroxística, inadvertida al momento del ingreso al Hospital??

Otras causas de descompensación AGUDA tampoco están en el relato clínico. (Pico de HTA. síndrome infeccioso, TEP, etc)

- El ECG muestra un B.I.A , situación más que propicia para generar fibrilación auricular.

- Creo que está indicado un Holter y quizás un ecocardio trans-esofágico para ver presencia o no de trombos en la orejuela puede ayudar en la toma de decisión.

- ¿Cuál fue el motivo de la indicación de digoxina?

Un abrazo, Adail !

Dr. Mario Heñin

Resistencia, Chaco, Argentina

Buenas noches foro! Estimado Profesor Adail, concuerdo con los colegas.

Le cuento una anécdota de hoy en mi consulta, paciente varón de 75 años, HTA. ecocardiograma, con HVI concéntricos, contractilidad normal, sin dilatación de AI buena función ventricular.

Le efectué una PEG solicitada por su médico de cabecera, con el transcurso de las cargas comenzó con ESV cada vez más frecuentes hasta que apareció FAP de alta respuesta ventricular a los 2 min de 450 kgm, TA 180/90 mmHg. A las 3 min del PE recupera ritmo sinusal.

En su ECG de base tenía BIA-A no informado.

Mi recomendación a su médico de cabecera fue ACO por diagnóstico de S° de Bayés.

No se si coinciden con mi conducta.

Cordialmente

Dr Juan Carlos Manzardo
Mendoza Argentina

Estimados colegas

Realmente satisfeito e aprendi muito no resultado da provocação ao forum com o caso - agradeço, peço desculpas e considero muito valiosas todas as manifestações.

Nos ECGs seriados desde 2015 onde havia um BIA parcial ($p > 12\text{ms}$) em DII, DIII e aVF, os ECGs seguintes com FA e a causa da descompensação quando a internamos para compensar e anticoagular com opção pela dabigatrana que recebe de instituição do governo.

Sem duvida síndrome de Bayés (BIA avançado com FA) e a questão anticoagular só com EG e clínica sem comprovar a FA deve ser respondida se não totalmente mas certamente substanciada com o registro Bayés

Abraços

Adail Paixao Almeida