

Cuestionario de evaluación

Historia 1

Paciente de 69 años. Hipertenso. Diabetes no insulino requiriente.

Cardiopatía isquémica con infarto inferior hace 6 años con posterior cirugía de revascularización miocárdica con 3 puentes.

En tratamiento con AAS, amiodarona 200 mg de lunes a viernes, enalapril 10 c/12hs, atorvastatina 10 mg c/24hs, Hidroclorotiazida 25 mgc/24hs, diaformina 500 mg/día.

Actualmente sin historia de angor. Disnea de esfuerzo CF2. No historia de síncope.

Concorre a policlínica por palpitaciones frecuentes sin relación con los esfuerzos.

Al ex.- paciente asintomático, tolera decúbito. PA 130/70.

Ritmo irregular que impresiona bigeminado. No soplos. No IY ni RHY. No se auscultan estertores.

ECG: Ritmo sinusal de 52 pm, PR 0,18 seg. QS en DII, DIII, AVF; HVI. Extrasístoles ventriculares bigeminadas en todo el trazado con morfología de BRD.

Preguntas

1. Estratificación de riesgo

- A pesar de estar asintomático se trata de un paciente con alto riesgo de muerte súbita inminente y debe ser internado en área monitorizada.
- Se trata de un hallazgo del ECG sin implicancias pronóstica ni terapéutica.
- Se debe ajustar medicación con control ambulatorio en 15 días.
- El paciente tiene riesgo aumentado de muerte súbita y requiere realizarse paraclínica para completar la estratificación de riesgo y definir conducta.

2. Paraclínica inicial

- Ionograma, Ergometría
- Ionograma, Ecocardiograma, Centellograma de perfusión.
- Ionograma, Ecocardiograma, CACG.
- Ionograma, CACG, EEF.

3. Tratamiento

- VVP. Amiodarona 300 mg i/v en 20 min seguido de perfusión 1mg/min.
- Aumentar amiodarona a 600 mg/día e iniciar betabloqueantes.
- Aumentar amiodarona a 600 mg v/o día por 1 semana.
- Suspender amiodarona e iniciar Betabloqueantes a dosis bajas.

Historia 2

Mujer de 72 años, Hipertensa. Diabetes NIR. Sobrepeso. Sin historia de angor. Ecocardiograma hace 6 meses HVI con septum de 15mm, patrón de relajación lenta, dilatación moderada de AI. FEVI 50%. Válvulas s/p

Consulta por historia de disnea de esfuerzo de 2 meses de evolución CF 2.

Medicada con enalapril 10mg c/12hs y bisoprolol 5 mg c/12hs.

AL ex.- PA 160/100. Ritmo irregular de 100 pm promedio. R1 variable. No soplos. No IY ni RHY.

Edemas de MMII perimaleolares. No se auscultan estertores.

ECG: Fibrilación auricular con frecuencia ventricular promedio de 100 pm. HVI, con patrón de sobrecarga sistólica.

Preguntas

1. Estratificación de riesgo

- a) Debe ingresar para control de frecuencia en area monitorizada, e inicio de anticoagulación con heparina.
- b) Debe ingresar para completar estudios y ajustar tratamiento.
- c) Tiene riesgo moderado de embolia y está sintomática pero puede manejarse en forma ambulatoria.
- d) Debe ser enviada a emergencia para control de frecuencia y tratamiento de insuficiencia cardíaca y posterior alta con control en 48 hs.

2. Conducta

- a) Control de frecuencia, tratamiento de la IC y cardioversión luego de 4 semanas de anticoagulación efectiva.
- b) ETT, cardioversión de urgencia y anticoagulación.
- c) Ajustar tratamiento de insuficiencia cardíaca y anticoagulación.
- d) CVE y mantenimiento de RS con antiarrítmicos.

3. Tratamiento

- a) Amiodarona 300mg i/v y luego v/o. Warfarina 5mg/día y control con INR
- b) Diurético v/o, warfarina 5 mg/día y control con INR; y aumento de bisoprolol a 10 mg c/12hs.
- c) Amiodarona 200 mg v/o c/12hs, Diurético v/o, warfarina 5 mg/día y control con INR.
- d) Propafenona, Diurético v/o, warfarina 5 mg/día y control con INR

Historia 3

Paciente de 36 años, sexo femenino. Sin factores de riesgo CV.

Historia de episodios de palpitaciones breves desde los 20 años. 1 cada 2 meses aprox. No síncope. No angor ni disnea en los episodios. Ceden espontáneamente en 3-5 minutos.

Hoy luego de almorzar instala en reposo, de forma brusca, nuevo episodio de palpitaciones rápidas. Sin fenómenos acompañantes. Dado que no cede luego de 10 minutos decide consultar servicio de emergencia móvil.

Unidad de emergencia constata taquicardia regular de 170 pm. PA 100/70.

ECG: Taquicardia de complejos finos a 170 pm. No alteraciones de la repolarización.

Trazados previos en ritmo sinusal normales.

Preguntas

1. Conducta en la urgencia

- a) Está indicada la realización de CVE de urgencia dado el alto riesgo de la arritmia
- b) Amiodarona 300 mg i/v por la posibilidad que una vía accesoria forme parte del circuito de la taquicardia
- c) Las maniobras de estimulación vagal están contraindicadas por la posibilidad de inducir FA
- d) Masaje de Seno Carotídeo y eventualmente Adenosina 6mg i/v están indicadas para interrumpir la taquicardia.

2. Conducta en la evolución

- a) Amiodarona 200 mg v/o día para prevenir recurrencias
- b) Estudio con Ecocardiograma y Holter para definir conducta definitiva.
- c) Iniciar betabloqueantes a dosis bajas.
- d) Coordinar ergometría para estratificar riesgo de la arritmia

Historia 4

Paciente de 76 años, autoválida. Sin cardiopatía estructural. Recibe medicación psiquiátrica que no recuerda. Episodios de fibrilación auricular persistente recurrente por lo que se indicó desde hace 6 meses amiodarona.

Desde hace 1 semana presenta cuadro infeccioso respiratorio, asistida por unidad de emergencia inicia hace 24 horas azitromicina 500 mg/día.

Hoy presenta episodio de mareos con posterior caída al piso y síncope con traumatismo frontoparietal izquierdo. Herida cortocontusa a dicho nivel por lo que es trasladada a centro de atención periférica para asistencia.

Al ex. Se constata PA 150/80. Ritmo de 56 pm con frecuentes extrasístoles y episodios de taquicardia de 5-8 latidos.

ECG: Ritmo sinusal de 50 pm. PR 0,20 seg. QRS 130 ms. QT 580 ms. EV frecuentes. Episodios de TVNS de hasta 6 latidos.

Preguntas

1. Estratificación de riesgo

- a) Se trata de una paciente de riesgo moderado y debe quedar en observación 12 horas
- b) Puede darse alta con control con cardiólogo en las siguientes 72 hs para valorar indicación de MPD
- c) Se trata de una paciente de alto riesgo y debe ser derivada a Cuidados Intensivos
- d) Se trata de un hallazgo y puede ser dada de alta con bajo riesgo.

2. Conducta

- a) Amiodarona en infusión i/v para controlar arritmia ventricular.
- b) Lidocaina 100mg i/v y CACG de urgencia
- c) Colocación de MP transitorio y estimulación a 100 pm.
- d) Infusión de Dobutamina y coordinar implante de MP definitivo de urgencia.