

## VIÑETAS CLÍNICAS

### Viñeta 1

Sexo femenino. 57 años. AP de HTA mal controlada. Diabetes tipo 2. Enviada a policlínica de cardiología. Historia de disnea CF II de 3 años de evolución, lentamente progresiva. Los últimos 2 meses disminuye la capacidad funcional haciéndose CF III. Refiere historia de palpitaciones.

Del examen clínico se destaca: Eupneica, tolerando el decúbito. Normocoloreada. CV: Choque de punta amplio en 5º EIC por fuera de línea de referencia. Ritmo irregular de 100 cpm. Aumento de intensidad de A2. PA: 160/100. Buena perfusión periférica. PP: Ventilan ambos campos pulmonares, sin estertores. MMII sin edemas.

ECG: Fibrilación auricular con frecuencia promedio de 110 cpm. Eje eléctrico normal. Alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular izquierda. QT normal.

#### Pregunta 1

Señale la/s opción/es correcta/s:

- Envía a la paciente a Sala de Urgencias para intentar reversión a RS.
- Inicia anticoagulación.
- Indica control de frecuencia en forma ambulatoria.
- Dado que presenta un control aceptable de la FC, sólo realiza optimización de tratamiento antihipertensivo.

#### Pregunta 2

Señale la(s) opción(es) correctas respecto a la estrategia terapéutica:

- Solicita ETE y en caso de ausencia de trombos, procede a reversión a RS.
- Inicia anticoagulación con Warfarina con INR 2-3 y programa una CVE para dentro de un mes.
- Opta por controlar la FC en forma indefinida e inicia anticoagulación.
- La estrategia de revertir a RS evita mantener la anticoagulación.

#### Pregunta 3

Señale cual(es) de las siguientes estrategias terapéuticas elegiría para intentar revertir a RS:

- Propafenona por vía oral.
- Amiodarona por vía endovenosa.
- Cardioversión eléctrica.
- Quinidina por vía oral.

#### Pregunta 4

Cual(es) de los siguientes planes farmacológicos utilizaría para controlar la FC en esta paciente:

- Diltiazem por vía endovenosa.
- $\beta$  bloqueantes por vía oral.
- Amiodarona por vía oral.
- Digoxina por vía oral.

**Pregunta 5.**

Cual(es) de los siguiente estudios solicitaría para completar la evaluación:

- Ecocardiograma Doppler.
- Holter.
- Ergometría.
- MAPA.

**Se realiza Ecocardiograma Doppler que informa: Ventrículo izquierdo con hipertrofia excéntrica (Septum 14 mm, PP 13 mm, DDVI 58 mm, DSVI 39 mm). Función sistólica moderadamente deprimida (FEVI 40%). Válvula aórtica de características anatómicas normales, sin alteración del flujo. Válvula mitral mixomatosa, sin insuficiencia. Aurícula izquierda: 47 mm. Cavidades derechas normales. Pericardio normal.**

**Pregunta 6**

Que conducta adoptaría en este momento:

- Revertir a RS, en caso de haber optado antes por control de FC.
- Optar por mantener control de FC.
- Si revierte a RS, luego de 1 mes suspende la anticoagulación.
- Si revierte a RS, indica droga para disminuir recurrencias.

**Viñeta 2**

Sexo femenino. 43 años. Toma ACO. Sin factores de riesgo vascular conocidos. Deportista de alto rendimiento hasta hace 5 años. En la noche de ayer concurre a reunión con compañeros de trabajo. Despierta a las 5 AM con palpitaciones rápidas, disnea y mareo leve al intentar levantarse de la cama. Consulta a UEM que la traslada a puerta de emergencia. Al examen: Vigil, orientada y tolerando el decúbito. Muy ansiosa por no haber sentido nunca nada parecido, sumado al antecedente de que sus padres fallecieron de causa cardíaca. CV: Ritmo irregular mayor de 140 por minuto con ruidos de intensidad variable. PA 100/65 mmHg. Buena perfusión periférica. PP: MAV conservado. ECG: Ritmo irregular a 170 cpm. No se visualiza onda P pero en V1 impresiona un patrón en dientes de sierra. Probable hipertrofia ventricular izquierda.

**Pregunta 1**

¿Cuál(es) de las siguiente conductas es(son) apropiada(s)?

- Realiza CVE inmediata.
- El riesgo actual no es tan alto de manera que pide ETE y, en ausencia de trombos, realizara CVE en las mejores condiciones.
- Intenta el control de la FC con carga rápida de Amiodarona junto con heparina, por el riesgo de reversión a sinusal.
- Indica carga rápida de Digoxina para el control de la FC, ya que la PA me impide realizar otra droga

**Pregunta 2**

**Evolución 1)** La paciente llegó a Emergencia a la hora 7 AM, se le administraron 2 ampollas de Amiodarona, la FC es de 140 cpm, la PA es 100/60 mmHg. A la hora 8:30 AM llega Ud. convocado por el médico de guardia.

¿Qué recomienda?

- Como ya se comenzó con Amiodarona, mantiene esta indicación hasta completar 1 gramo en 24 hs; luego se revalorará.
- Suspende Amiodarona. Indica 25 mg de Diltiazem i/v en bolo lento.
- Suspende Amiodarona. Indica Metoprolol 5 mg i/v en bolo lento.
- Mantiene Amiodarona y agrega Diltiazem ó Metoprolol.

### Pregunta 3

**Evolución 2)** La paciente llegó a Emergencia a la hora 7 AM, se le administraron 2 ampollas de Diltiazem i/v y 500 cc de SF. La FC es de 100 cpm, la PA es 110/60 mmHg . A la hora 8:30 AM llega Ud., convocado por el médico de puerta.

¿Qué recomienda?

- Realizar CVE ahora que la situación está más controlada
- Administrar Propafenona 600 mg v/o y esperar 6-12 hs de evolución.
- Iniciar carga de Amiodarona i/v para revertir la arritmia ingresada.
- Otorgar alta con Diltiazem y Amiodarona v/o para que revierta en ambulatorio.

### Pregunta 4

**Evolución 3)** La paciente llegó a Emergencia a la hora 7 AM, se le administraron 2 ampollas de Diltiazem i/v y 500 cc de SF. La FC bajó a 110 cpm y luego revirtió a sinusal. La PA es 110/60 mmHg. A la hora 9:30 AM llega Ud., convocado por el médico de Emergencia, que solicitó troponinas que resultan normales.

¿Qué recomienda?

- Alta a domicilio sin medicación y con reposo por 48hs.
- Terminar de realizar curva de enzimas al menos 12 horas para decidir conducta y luego alta con Metoprolol v/o.
- Alta con Propafenona v/o 150 mg cada 12 horas.
- Ingresar para estudio, mantiene Cirilen v/o e inicia anticoagulación con dicumarínico.

### Viñeta 3

Sexo masculino. 53 años. HTA mal controlada. Historia de palpitaciones frecuentes. Ingresar al Servicio de Emergencias, por déficit motor de hemicuerpo derecho, de inicio brusco.

Examen Físico: Vigil. Afasia global. Parálisis facial central derecha. Hemiplejía derecha proporcionalada. Hemianopsia homónima derecha. Desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda.

CV: Ritmo irregular de 120 cpm. R1 de intensidad variable. Sin soplos. PA: 170/100. Buena perfusión periférica. Sin soplo carotídeo.

PP: ventilan ambos campos sin estertores. Resto del examen clínico normal.

ECG: FA con frecuencia ventricular promedio de 120. Alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular.

### Pregunta 1

Respecto a la conducta inicial con la arritmia, señale la(s) opción(es) correcta(s):

- Realiza CVE sin dilación.
- Indica amiodarona endovenosa para control de FC y reversión a RS.
- Indica diltiazem endovenoso para control de FC.
- No toma ninguna medida inicial sobre la fibrilación auricular.

**TAC de cráneo: Se observa una extensa área hipodensa no bien definida córtico-subcortical, fronto-parietal-temporal izquierda. Asimismo presenta hipodensidad de los núcleos grises de la base. Signo de la cerebral media hiperdensa. No existe transformación hemorrágica.**

**Pregunta 2**

Respecto a la Anticoagulación, señale la(s) opción(es) correcta(s):

- a. Inicia anticoagulación con heparina en forma inmediata.
- b. Inicia anticoagulación con warfarina, luego de 2 semanas de estabilidad neurológica, con control tomográfico previo.
- c. Inicia anticoagulación con HBPM, luego de 48 hs de evolución, con control tomográfico previo.
- d. No indica anticoagulación.

**Pregunta 3**

Desde la visión del cardiólogo, ¿que estudios adicionales solicitaría?

- a. Ecocardiograma transesofágico.
- b. Holter.
- c. Ecocardiograma transtorácico.
- d. No solicita estudios adicionales.

**Pregunta 4**

Luego de una evolución satisfactoria del evento neurológico, y en vistas al alta hospitalaria, ¿cual(es) de las siguientes medidas terapéuticas adoptaría?

- a. Mantiene anticoagulación con Warfarina con INR entre 2-3 en forma indefinida.
- b. Intenta reversión a RS.
- c. Optimiza el tratamiento antihipertensivo.
- d. Las estatinas pueden colaborar en la disminución de recurrencias de FA.