



DIAGNÓSTICO A PRIMERA VISTA. TALLERES INTEGRADOS III

ÁLVARO MARTÍNEZ MARTÍN

Nº EXPEDIENTE: 336

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

ANAMNESIS

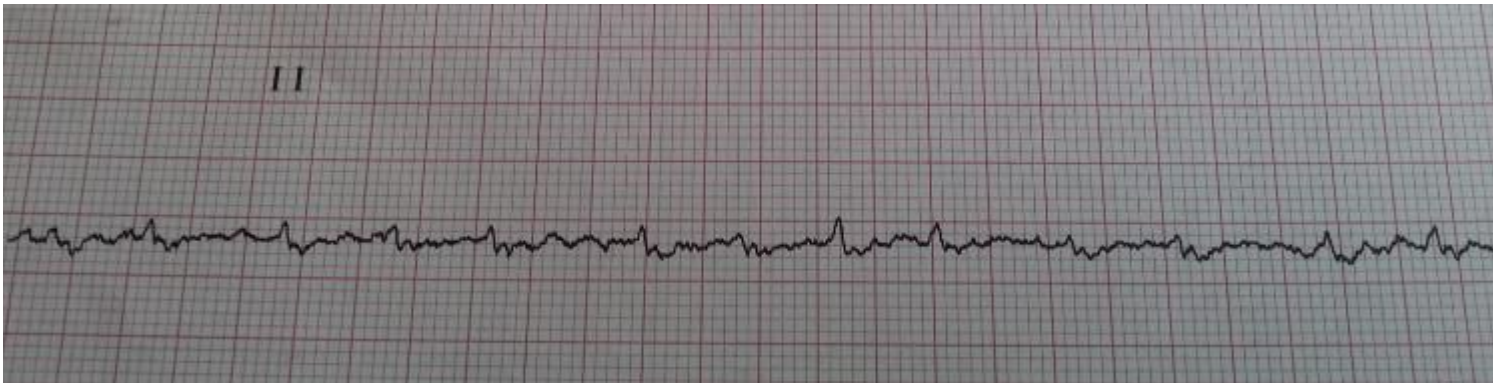
- Mujer, 53 años.
- Motivo de consulta: vómitos y dolor abdominal.
- Antecedentes personales de interés: sin FRCV (no HTA, DLP o DM). Obesidad mórbida (IMC >40 kg/m²). Niega hábitos tóxicos.
- Enfermedad actual: mujer de 53 años que consulta por vómitos postprandiales de contenido alimenticio asociados a dolor abdominal generalizado de 2 días de evolución. Refiere haber sido tratada por su MAP de un cuadro de tos, fiebre y disnea con levofloxacino+salbutamol, sin mejoría. Desde hace 10 días presenta ortopnea (no existente previamente). Niega palpitaciones, diarrea u otra sintomatología de interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- T^a: 36 °C. TA: 141/68 mmHg. **FC: 160 lpm.**
- Consciente y orientada. Eupneica en reposo.
- Cuello: no IY.
- Tórax: auscultación cardíaca **arrítmica**, sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes en base izquierda, sin sibilancias.
- Abdomen y EEl: sin hallazgos patológicos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (I)

- Rx simple de tórax PA y lateral: sin hallazgos de cardiomegalia (ICT $<0,5$). DP izquierdo.
- ECG (I):

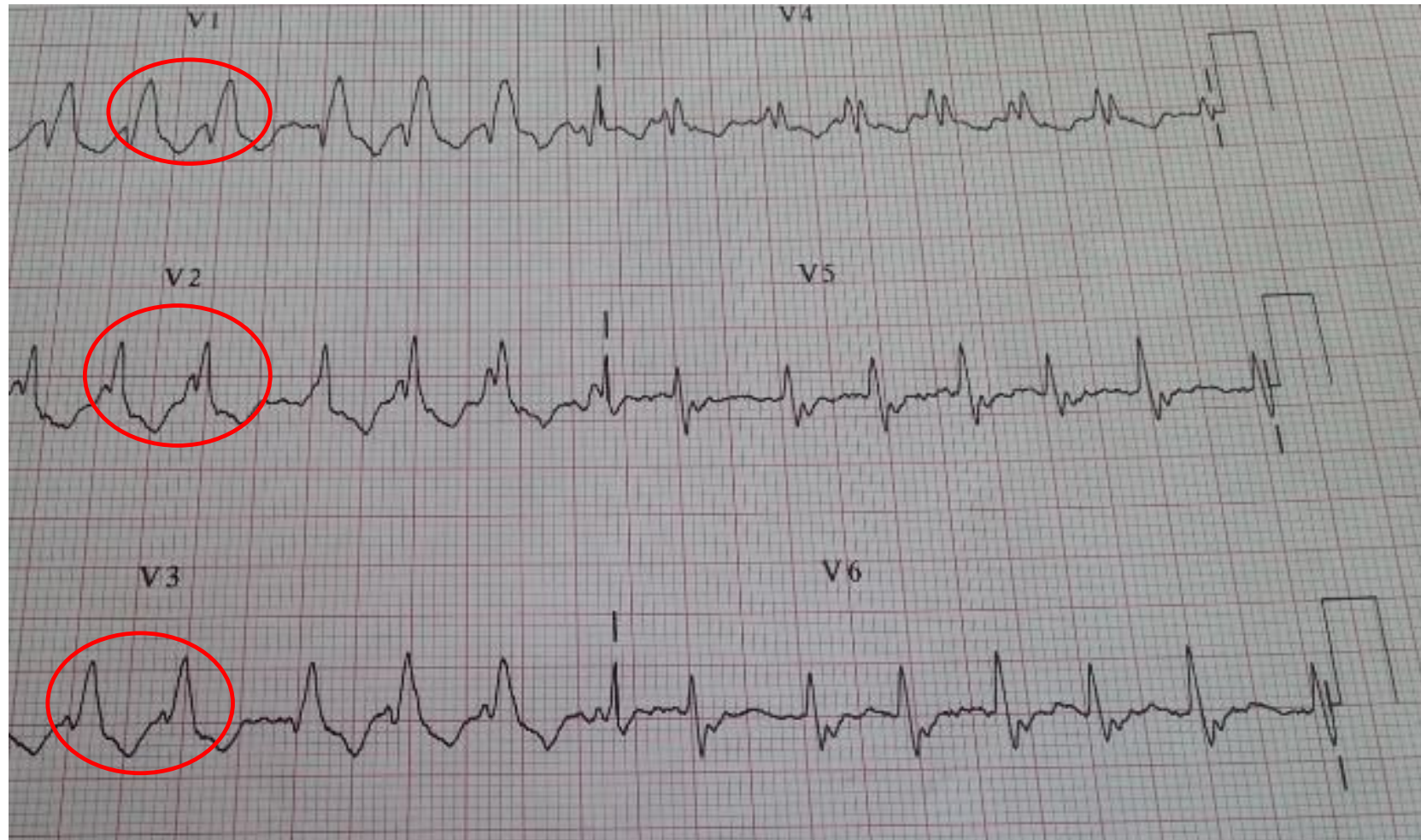


¿Ritmo?
¿Ondas P?

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (II)

- ECG (II):

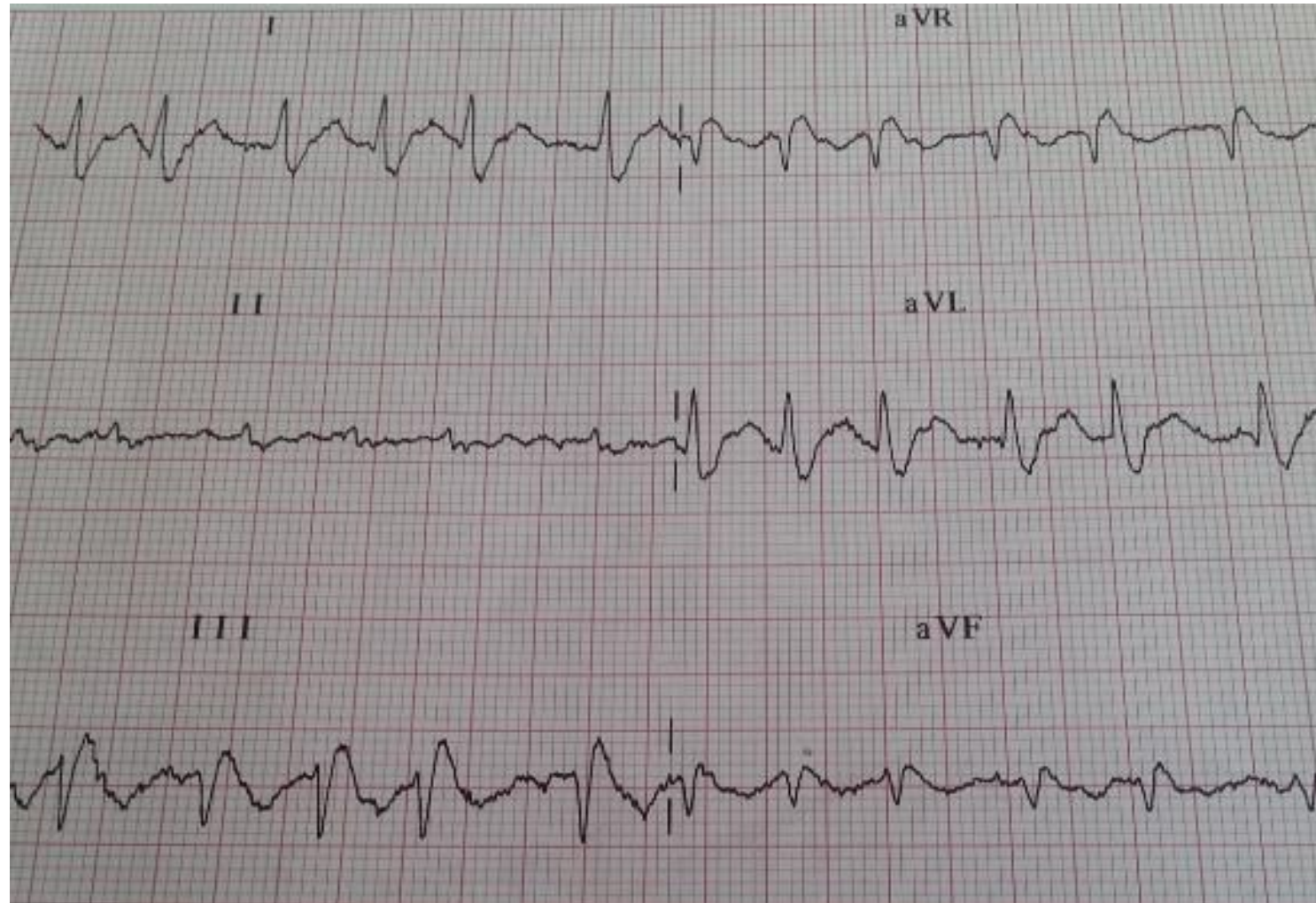
¿QRS ancho o estrecho?
¿Bloqueos de rama?



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (III)

- ECG (III):

¿Eje eléctrico?
¿Frecuencia
cardíaca?



DIAGNÓSTICO

- Arrítmico + ausencia de ondas P → **Fibrilación auricular**.
- Frecuencia cardíaca: **140 lpm** (difícil de calcular por la arritmia).
- Eje eléctrico: $+90^\circ$ (isoelectrico en DI).
- QRS: 0,14 s (límite 0,15 s).
- BCRDHH (ver precordiales derechas).

Diagnóstico definitivo: FA con respuesta ventricular rápida (RVR) de tiempo indeterminado.

COMENTARIO FINAL

- En condiciones normales el nodo AV bloquea parte de los estímulos de alta frecuencia que le llegan desde las aurículas en FA, permitiendo una frecuencia de latido ventricular apropiada. **Si la respuesta ventricular es excesivamente rápida, el GC puede disminuir** (disminuye el tiempo de llenado diastólico), lo cual puede dar lugar a una IC, una angina e incluso un IAM (recordemos que los ventrículos reciben su irrigación en diástole, y que cuando la FC aumenta lo hace a expensas de acortar esta fase del ciclo cardíaco).
- Tratamiento:
 - Control de la respuesta ventricular: betabloqueantes (bisoprolol), digoxina o calcioantagonistas (verapamilo o diltiazem).
 - Prevención de tromboembolismos: anticoagulación (primero con heparina, posteriormente con acenocumarol). En este caso, al ser de tiempo indeterminado, se requieren al menos 3 semanas antes de plantearse la cardioversión.
 - Revertir a ritmo sinusal: cardioversión eléctrica o farmacológica (antiarrítmicos tipo IA [disopiramida], IC [flecainida, propafenona] o III [amiodarona]).