

Caso clínico Med. interna

Aprobado por Dr. Seguí
Hospital General Universitario de San Juan

*Talleres integrados iii- Guillermo O. Martínez
López, Grupo 3-4*

Mujer de 85 años que acude a Urgencias por mal estado general de semanas de evolución. Sudoración, palidez, acompañado de astenia los días previos

ANAMNESIS

- no RAM, HTA, DM, DLP.
- No hábitos tóxicos
- Antecedentes de cardiopatía isquémica crónica:** Ingresó por angina inestable en 2007 revascularizada percutáneamente con stent farmacoactivo de DA proximal. Ningún otro hallazgo cardiovascular

EXAMEN FÍSICO

- Constantes normales
- Ac: rítmica, sin soplos
- Ap: mvc, sin ruidos patológicos
- Ab: blando y depresible, sin masas ni megalias, peristaltismo normal
- No edemas ni signos de TVP en EEII, pulsos presentes.

Exploraciones complementarias

Analítica sanguínea

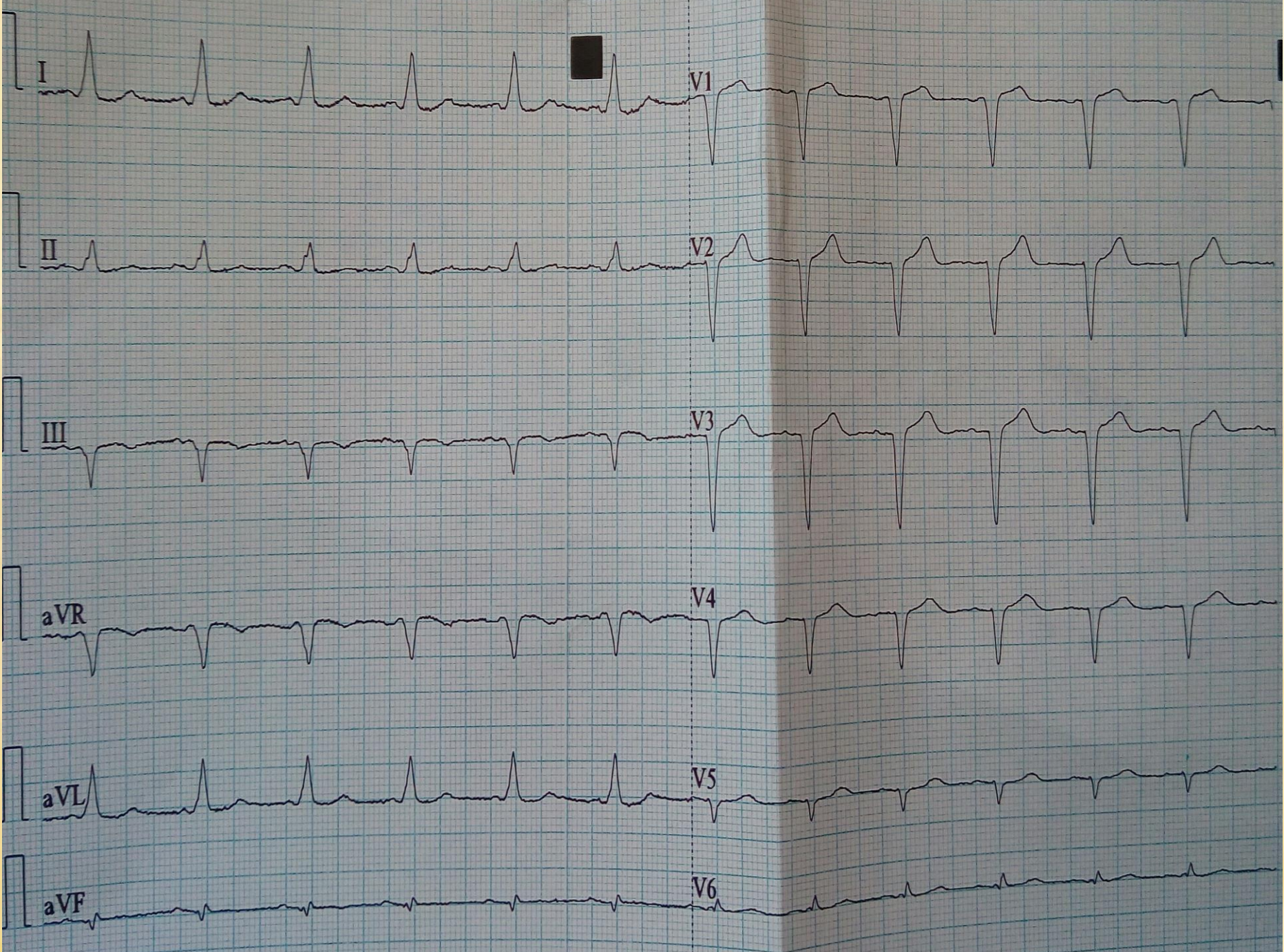
Analítica de orina

Gasometría

Rx de tórax PA

ECOCARDIOGRAFÍA: HVI concéntrica moderada. Disfunción diastólica 1/3(alteración de la relajación)

ECG(VEASE IMAGEN)



Descripción de imagen de ECG: **RS a 75lpm, eje normal, no criterios de HVI, PR menor de 0.2ms, QRS mayor de 120ms. Complejo rS en la derivación V1. No otras alteraciones de conducción o repolarización**

Diagnóstico: **BLOQUEO COMPLETO RAMA IZQ. HAZ HIS(BCRIHH). INSUFICIENCIA CARDIACA.**