

44955

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESTUDIO CLINICO Y ELECTROCARDIOGRAFICO DE UN
GRUPO DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES
CARDIOVASCULARES, QUE CONSULTARON A LA
UNIDAD DE SALUD DE CHINAMECA,
DURANTE EL PERIODO 1965 - 1966

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MARIA DE LOS ANGELES BENGOA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

DICIEMBRE DE 1966



T
676.10734
B466E
1966
T. book.
Ej. 3



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Rafael Antonio Vásquez

SECRETARIO:

Dr. Mario Flores Macal

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO INTERINO:

Dr. Alejandro Gamero Orellana

SECRETARIO:

Dr. Enrique Muyschondt C.

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES PRIVADOS
DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA:

Dr. Juan José Fernández h.

Dr. Donaldo Moreno Bulnes

Dr. Gustavo Oriani h.

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Salvador Infante Díaz

Dr. Manuel Morán h.

Dr. Mario Reni Roldán

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Salvador Batista Mena

Dr. Salvador Díaz Bazán

Dr. Angel Quan

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE

Dra. María Isabel Rodríguez

PRIMER VOCAL

Dra. Adela Cabezas de Allwood

SEGUNDO VOCAL

Dr. Ramón Lucio Fernández

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Santiago Bengoa P.

y

Angelita de Bengoa

Con imperecedero amor filial, y a cuya
inolvidable memoria dedico este triunfo.

A MI ABUELITA:

Lucila v. de Nicolás

Con respeto y gratitud eternos.

A MIS HERMANAS:

Ana Cristina y Lucy

Con mucho cariño

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS

ESTUDIO CLINICO Y ELECTROCARDIOGRAFICO DE UN GRUPO DE
PACIENTES CON MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES QUE CON
SULTARON A LA UNIDAD DE SALUD DE CHINAMECA DURANTE EL -
PERIODO 1965-1966.

1. INTRODUCCION
2. VALOR DIAGNOSTICO DEL ELECTRO -
CARDIOGRAMA
3. METODO: MATERIAL DE ESTUDIO
4. RESULTADOS
5. DISCUSION
6. RESUMEN
7. APENDICE: REPORTE DE CASOS
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el transcurso de las últimas décadas, ha cobrado un interés cada vez mayor, el uso de la Electrocardiografía como un método de gran ayuda en el diagnóstico del paciente cardiópata. Intimamente -- relacionado con este interés creciente, se encuentra el hecho de -- que el Médico necesita de conocimientos básicos sobre Electrocar-- diografía, para poder echar mano de ellos cuando las circunstancias así lo requieran.

Es por eso, que me familiaricé rápidamente con la idea, de -- que al comenzar mi año de Servicio Social, estudiaría un grupo de pacientes, que consultaran por sintomatología cardiovascular, o -- bien aquéllos que, aunque el motivo de consulta era diferente, el -- diagnóstico final fuese de cardiopatía.

La principal razón que me indujo a la realización de este tra-- bajo, fué que en nuestro medio, no se conoce bien, o no se ha repor-- tado el tipo de cardiópatas que asisten a las Unidades de Salud en -- el medio rural.

El segundo motivo, fué tratar de hacer una correlación entre -- el estudio clínico y el electrocardiográfico y mediante ésta, elabo-- rar un diagnóstico más preciso y por ende, una terapéutica más ra-- zonable y adecuada.

La muestra obtenida es relativamente pequeña, tanto por ra-- zones de insuficiente equipo adecuado, como por rutinas o sistemas de trabajo propios de los consultorios del área rural. Todos sabe-- mos que en las Unidades de Salud, los casos vistos por el Médico, -- son seleccionados previamente por la Enfermera, quien casi siem-- pre da preferencia a los niños agudamente enfermos o a los cuida--

dos prenatales, que forman el grueso de la consulta diaria, dejando unas pocas oportunidades para los adultos con sintomatología - - variada, tal vez no ruidosa; pero no por ello menos importante.

Pero aún así, considero que la muestra servirá para darnos una idea de las diferentes cardiopatías que se presentan a los consultorios médicos del área rural.

VALOR DIAGNOSTICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA

El electrocardiograma es un registro gráfico que revela el conjunto de potenciales eléctricos emitidos por el corazón en un momento dado.

Es un método de gran ayuda en la clínica, y de mucho valor en el paciente cardiópata en el que puede brindar enorme ayuda y muchas veces esclarecer o hasta sugerir un diagnóstico que sólo con los datos de historias o examen físico, hubiera sido imposible establecer.

Es lógico pensar, que como todo método de exploración a la par de su mucha utilidad e importancia, tiene sus limitaciones, ya que el electrocardiograma registra cambios que traducen alteraciones de la posición, de la irrigación o del equilibrio electrolítico corporal así como del estado y tamaño de las cámaras cardíacas y de la conducción intracardíaca; no revelará, aisladamente considerado, una visión clara de la dinámica cardiovascular, ni del estado funcional de una cardiopatía en un momento determinado.

No se deberá prescindir del cuadro clínico del paciente, aún cuando se sabe que hay pacientes con variantes electrocardiográficas, consideradas a veces hasta patológicas, que no han dado ni el más pequeño síntoma. Es aquí donde entra en juego la acuciosidad del clínico quien deberá colocar el valor diagnóstico del electrocardiograma en el sitio que le corresponde.

Por esta importante razón, es regla de buena clínica estudiar al paciente cardiópata como un todo, en el que la historia detallada, el examen físico correcto, la electrocardiografía, la radiología y el resto de exámenes ayuden al médico a formarse un criterio --

global y adecuado de la **significación clínica** de los hallazgos obtenidos.

El Electrocardiograma nos presta enorme utilidad en las siguientes enfermedades:

- A. Miocárdicas: Por defectos de irrigación o por procesos inflamatorios o metabólicos.

- B. Pericárdicas: Sea por alteraciones de medio conductor, o bien como manifestación de tejido isquémico subepicárdico.

- C. Endocárdicas o valvulares: Por su repercusión hemodinámica - sobre las cámaras cardíacas.

METODO: MATERIAL DE ESTUDIO

El estudio se realizó durante el período comprendido entre el 10. de Junio de 1965 al 31 de Mayo de 1966. Se seleccionaron los pacientes cardiopatas, ya sea con enfermedad reconocida, o bien con síntomas de importancia, que consultaron a la Unidad de Salud de Chinameca.

En aquéllos pacientes cuyos antecedentes y datos de historia orientaran hacia una probable cardiopatía, del tipo que fuera, se procedió a un reinterrogatorio encaminado a descubrir síntomas - que el paciente no había revelado, o no les había dado mucha importancia. Por otro lado, en base a esta historia obtenida, se procedió a verificar un completo examen físico, haciendo hincapié más - que todo en el área cardiovascular.

Con estos datos de historia y examen físico, se evaluó cada caso, y se estableció el diagnóstico clínico. Se procedió luego a tomar un electrocardiograma, previo a la instauración de la terapéutica del caso.

Se utilizó un electrocardiógrafo CAMBRIDGE de inscripción directa, modelo portátil "Simpli-Scribe", tomando las 12 derivaciones de rutina: 3 unipolares de los miembros: aVR, aVL y aVF; 3 derivaciones estandard D1 D2 D3, y las 6 derivaciones precordiales V1 V2 V3 V4 V5 y V6, colocadas en los sitios convencionales.

La calibración que se usó fué de 1 milivoltio igual a 10 milímetros en las derivaciones periféricas, unipolares y estandard, y de un milivoltio igual a 5 milímetros para las precordiales, siendo

La técnica electrocardiográfica que se siguió fué la siguiente: Los trazos no se obtuvieron en condiciones basales, sino que se colocó al paciente en decúbito dorsal, aplicándole los electrodos de registro; se le dejaba descansar 15 minutos, después de lo cual, se procedía a la toma de los trazos.

Los valores que se estudiaron son:

RITMO. -

FRECUENCIA. -

INTERVALO PR: O tiempo de conducción aurículoventricular. Se midió desde el inicio de P hasta el principio del complejo ventricular QRS. Este valor se relacionó con la frecuencia y con la talla del individuo. (1).

INTERVALO QRS: Traduce la duración de la depolarización ventricular, y fué medido desde el principio de Q (o de R si no había Q) hasta el final de la onda S. En las mediciones se buscó siempre el complejo más ancho (1).

AQRS: Representa el eje eléctrico medio manifiesto de la actividad ventricular. Para localizarlo, se utilizaron las derivaciones D1 y D3, proyectándolas luego al triángulo de Einthoven.

INTERVALO QT: Representa la duración de la sístole eléctrica, y se midió desde el principio de Q hasta el final de T, haciendo las correcciones correspondientes según la frecuencia cardíaca (1).

RESULTADOS

Del grupo total de pacientes que consultaron por síntomas referibles al aparato cardiovascular, se seleccionaron 37 pacientes en los que el estudio clínico orientó hacia el diagnóstico de padecimiento cardiovascular.

28 de los pacientes del grupo que fué catalogado como anormal desde el punto de vista clínico, presentaron francas alteraciones electrocardiográficas y constituyen la base de este estudio. El grupo fué dividido así: a) Hipertensión arterial y cardiopatía secundaria, b) Cardiopatía reumática, c) Cardiopatía coronaria, d) Cardiopatía congénita y e) Miocarditis.

A. Hipertensión arterial y cardiopatía secundaria (Cuadros 1 y 2)

Se estudiaron 7 casos de hipertensión arterial (Cuadro 1), de los cuales 6 eran mujeres y 1 hombre. Las edades fluctuaron entre 30 y 69 años. Solamente en uno de los casos, el que presentó mayor gravedad y con resultado fatal fué sospechada cardiopatía secundaria. Los demás casos fueron clínicamente catalogados como de hipertensión arterial sin complicación cardíaca.

En los 7 casos estudiados el electrocardiograma mostró repercusión cardíaca, que varió desde moderada sobrecarga del ventrículo izquierdo hasta gran sobrecarga ventricular con evidentes manifestaciones de déficit de irrigación miocárdica (Cuadro 2).

B. Cardiopatía reumática (Cuadros 3 y 4).

Se encontraron 6 cardiopatías reumáticas (Cuadro 3) en todas las cuales el estudio clínico permitió elaborar un adecuado diagnóstico. El estudio electrocardiográfico (Cuadro 4) confirmó la sospecha clínica en los 6 casos, y por sí sólo permitió precisar la sobre-

carga de las diferentes cámaras, confirmar la actividad reumática y además descubrir alteraciones en el equilibrio electrolítico especialmente hipopotasemia.

La mayoría de los reumáticos fueron mujeres. En mayor proporción, la válvula alterada fué la mitral y la lesión predominante fué la estenosis.

Estas cardiopatías presentaron complicaciones, encontrándose carditis activa, enfermedades respiratorias agudas a repetición y en un caso se observó alteración concomitante de la tricúspide e insuficiencia cardíaca congestiva difícil de revertir.

C. Cardiopatía coronaria: (Cuadros 5, 6, 7 y 8)

Este padecimiento representó el mayor número de cardiopatías que se presentaron a la consulta. 10 de los casos fueron hombres y 3 mujeres. (Cuadro 5) en 4 de los casos, todos ellos del sexo masculino el cuadro se complicó con infarto de miocardio (Cuadros 6 y 7).

Aún cuando los datos suministrados por el estudio clínico permitieron hacer diagnóstico de cardiopatía coronaria crónica, conviene señalar que el estudio electrocardiográfico (Cuadro 8), fué de gran importancia para valorar el daño miocárdico, la evolución del padecimiento y las alteraciones metabólicas.

D. Cardiopatía congénita: Solamente hubo oportunidad de observar un caso de cardiopatía congénita; probablemente se trataba de una comunicación interventricular.

E. Miocarditis: Hubo un caso de miocarditis aguda sospechado clínicamente por tratarse de una miocarditis tífica (Figura 12) (Ver caso 31 en apéndice).

CUADRO I

Iniciales	Sexo	Edad	Ocupación	Complicaciones	Evolución	Tratamiento
CG	M	48 años	Jornalero	Repercusión Cardíaca. Insuficiencia Renal	Muerte	Inefectivo
AMGR	F	60 años	Oficios Domésticos	Trombosis Cerebral	Satisfactoria	Efectivo
G de A	F	30 años	Oficios Domésticos	Abortos a Repetición	Satisfactoria	Efectivo
ZMC	F	69 años	Oficios Domésticos	-----	Satisfactoria	Efectivo
CG de A	F	51 años	Oficios Domésticos	-----	Satisfactoria	Efectivo
HMA	F	56 años	Oficios Domésticos	-----	Satisfactoria	Efectivo
RV	F	51 años	Carnicera	-----	Satisfactoria	Efectivo

HIPERTENSION ARTERIAL: 7 CASOS

Indicadores	Ritmo	Frecuencia	PR	QRS	QRS	QT	Alteraciones	Diag Electrocardiográfico
CG	Sinusal	110	0.16	0.08	+60°	VM+1.2	Desniveles positivos de ST en todas las derivaciones, onda isoelectrica en D, VR, VI, V ₅ y V ₆	Diag Electrocardiográfico Retardo de conducción intra-ventricular Izq. Crecimiento del Ventriculo Izq. Desequilibrio Electrofitico tipo Hipocalsemia. *
AMGR	Sinusal	100	0.12	0.08	0°	VM+1.06	Retardo de conducción Intra-ventricular Izquierdo	Sobrecarga Ventricular Izq
G de A	Sinusal	75	0.12	0.08	+55°	VM+1.02	Ondas R prominentes en las derivaciones que reflejan potenciales de activación de Ventriculo Izq.	Crecimiento Ventricular Izq.
ZMC	Sinusal	83	0.12	0.08	+57°	VM+1.11	Segmento ST deprimido sobre derivaciones precordiales Izq Retardo en la conducción Intra-ventric. Izq.	Sobrecarga Ventricular Izq
C de A	Sinusal	80	0.12	0.08	+30°	VM+1.02	Onda R de Ramas Simétricas sobre Ventric. Izq. Segmento ST recto sobre iguales derivaciones.	Sobrecarga Ventricular Izq.
FMA	Sinusal	100	0.12	0.08	+40°	VM+1.04	ST recto en D ₁ y V ₆ con cavo hacia arriba en D ₂ , D ₃ y V ₅ . R de inscripción lenta sobre Ventric. Izq	Retardo de Conducción Intra-ventricular Izquierdo. Crecimiento de ventric. Izq. Deficit de Irrigación Miocárdica sub endocárdica * *
RV	Sinusal	83	0.20	0.08	+20°	VM+1.02	Onda T de ramas simétricas en V ₅ y V ₆	Moderada Sobrecarga de Ventriculo Izquierdo

CUADRO 3

Iniciales	Sexo	Edad	Ocupación	Diagnóstico	Complicaciones
1 ART	M	59 años	Carpintero	Insuficiencia Mitral	ICC
2 ATv.de O	F	40 años	Oficios Domésticos	Estenosis Mitral	---
3 MPC	M	19 años	Jornalero	Fiebre Reumática	Carditis
4 MER	F	18 años	Oficios Domésticos	Insuficiencia Mitral	---
5 NH	F	12 años	Escolar	Estenosis Mitral	---
6 DMV	F	51 años	Oficios Domésticos	Estenosis Mitral	Bronquitis

CARDIOPATIA REUMÁTICA: 6 CASOS

CUADRO 4

Iniciales	Ritmo	Frecuencia	PR	QRS	ÂQRS	QT	Alteraciones	Diag. Electrocardiográfico
ART	Sinusal	75	0.22	0.12	+108°	VM+10	Notable alargamiento de QT en precordiales. T neg. En V ₁ , V ₂ ; persiste S en V ₅ y V ₆ onda P picuda en derivaciones estandar.	Bloqueo de Rama Derecha - Retardo de la conducción Auric. Ventric. Crecimiento de Aurícula Izq. Y Ventriculo derecho compatible con Cardiop. Mitrotricuspidea, Acción Digitalica e Hipopotasemia. *
ATv.deO	Sinusal	68	0.12	0.08	+90°	VM+02	Onda P con muesca en D ₁ y VF	Crecimiento Auricular Izquierdo. con Dilatacion; Crecimiento Ventricular Derecho. Estenosis Mitral Pura ** *
MPC	Sinusal	71	0.12	0.12	-35°	VM	Lentitud en la inscripcion de T, la cuales rebondeada	Puede corresponder a Carditis Activa; aún cabe dentro de límites normales.
VER	Sinusal	60	0.12	0.08	+62	VM	Retardo de Conduccion Intra Ventricular Izq.	Retardo de Conduccion Intra Ventricular Izq.- Crecimiento de Auricula Izq.- De Ventriculo Izq. Y posiblemente de Ventriculo Derecho.
NH	Sinusal	93	0.16	0.08	+90°	VM	Onda P con muesca en D ₁ y VF	El trazo es sugestivo de Crecimiento de Auricula Izq. Y de posible sobrecarga de Ventriculo Derecho.
DMV	Sinusal	65	0.12	0.08	+80°	VM+04	Onda P Difásica en D ₂ D ₃ VR VL y VF	Crecimiento acentuado de Auricula Izquierda y de Ventriculo Derecho. *** *

RESUMEN ELECTROCARDIOGRAFICO DE LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS

* Figura No. 3

** Figura No. 4

*** Figura No. 5

CUADRO 5

	Iniciales	Sexo	Edad	Ocupación	Complicaciones	Evolución
1	FZ	M	85 años	Jornalero	ICC	Satisfactoria
2	JEL	M	78 años	Jornalero	---	Satisfactoria
3	EG	M	70 años	Impresor	ICC-Infarto	Murió
4	FM	M	79 años	Agricultor	Infarto	Satisfactoria
5	MSS	F	84 años	Oficios Domésticos	---	Satisfactoria
6	FG	M	84 años	Jornalero	Fibrilación Auric.	Satisfactoria
7	AM de U	F	54 años	Oficios Domésticos	---	Satisfactoria
8	SGU	M	50 años	Jornalero	---	Satisfactoria
9	AC	M	45 años	Jornalero	Infarto	Satisfactoria
10	PME	M	76 años	Jornalero	ICC-Fibril. A.	Satisfactoria
11	ISM	M	62 años	Carretonero	ICC-Infarto	Poco satisfac.
12	AM	F	69 años	Oficios Domésticos	Hipertiroidismo	Poco satisfac.
13	MEV de H	F	55 años	Oficios Domésticos	---	Satisfactoria

CARDIOPATIA CORONARIANA 13 CASOS

CUADRO 6

Iniciales	Localización	Ocupación	Primera Manifestación de Infarto	Evolución
EG	Periapical	Impresor	Estado de Shock	Muerte
FM	Poster Inferior con Extensión Anterolateral	Agricultor	Dolor Retroesternal	Asintomático
AC	Postero Inferior y Antero Lateral	Jornalero	Embolismo Cerebral	Hemiplejía Derecha
SM	Anterior Extenso	Carretonero	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Leve ICC.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LOS INFARTOS

iciales	Ritmo	Frecuencia	PR	QRS	ÂQRS	QT	Alteraciones	Diag. Electrocardiográfico
2	Sinusal	100	0.20	0.08	+90°	VM+0.4	Retardo de conducción Auricular-Ventricular- ST de concavidad superior, tipo Lesión Subendocárdica.	Déficit de Irrigación Miocárdica, sugestiva de Insuficiencia Coronaria Crónica
1	Sinusal	65	0.24	0.08	+60°	VM+0.07	T disminuye de voltaje en V ₂ V ₃ V ₄ V ₅ y V ₆	Isquemia Anterolateral, con moderada Hipertrofia de Vent. Izq.
3	Sinusal	125	0.12	0.08	+75°	VM+0.02	Onda R prominente en derivaciones precordiales Izq. Aplanamiento de ST en V ₁ Semipastada en V ₄ y V ₅	Crecimiento de Ventriculo Izq. Lesión Subendocárdica de Vent. Izq. Compatible con Cardiopatía Coronaria
4	Fibrilación Auricular	48-74	—	0.08	+80°	VM+0.08	Ausencia de Ondas P bajo voltaje de todas las derivaciones.	Sugestivo de Insuficiencia Coronaria Crónica. *
4 de U	Sinusal	75	0.16	0.08	+68	VM+0.01	Aumento de voltaje de R de V ₁ a V ₆ , con onda T acuminada.	Crecimiento de Ventriculo Izq.
5 U	Sinusal	57	0.16	0.08	+54°	VM+0.03	Grandes voltajes de R en derivaciones orientadas a Ventriculo Izquierdo.	Crecimiento de Ventriculo Izq.
4 E	Fibrilación Auricular	150	—	0.12	+23°	VM+0.08	Acentuado bloqueo de Rama Izq. Grado II-III Crecimiento Ventriculo Izq	Severa Cardiopatía Coronaria * *
4	Sinusal	115	0.12	0.08	+65°	VM	Retardo de conducción Intra ventricular Izquierdo. Crecimiento Ventric. Izq.	A) Cardiopatía Hipertiroidea con insuficiencia coronaria. B) Cardiopatía Cardioangiosclerótica con Enfisema (Menos probable)
4 V de H	Sinusal	0.20	0.20	0.08	+46°	VM+0.06	T negativa en V ₃ y V ₄ precedida de discreta convexidad de ST; Tapada en cara lateral de Ventric Izq	Isquemia Antero lateral Periapical; posible sobrecarga Vent Izq. Y alteración Metabólica tipo Hipopotasemia.

SUMEN ELECTROCARDIOGRAFICO DE LAS CARDIOPATIAS CORONARIANAS (SIN INFARTO)

* Figura No.10
* * Figura No.11

CUADRO 8

Índice	Ritmo	Frecuencia	PR	QRS	ÁQRS	QT	Alteraciones	Diag Electrocardiográfico
C	Fibrilación Auricular	82	-	0.12	+21°	VM+0.5	Bloqueo acentuado de Rama Izquierda Grado II-III. Onda Tisoeléctrica en V ₄ V ₅ y V ₆	Tejido inactivable y lesionado Peri Apical, y severo daño MIOCÁRDICO compatible con Cardiopatía Cardio Angio Esclerótica. *
M	Sinusal	75	0.16	0.09	+62°	VM+0.9	Onda Q en D ₂ D ₃ y VF desviado positivo de ST y ondas negativas en V ₄ V ₅ V ₆ D ₁ D ₂ D ₃ y VF	Infarto Posteroinferior, con Extensión a región Antero Lateral, indicando además lesión e Isquemia **
C	Sinusal	60	0.16	0.10	--23°	VM+0.3	Imagen RS R en D ₂ y VF y de V ₄ a V ₆	Infarto de región Postero Inferior y Antero Lateral, con tejido Isquémico de Similar Localización, y discreto tejido lesionado en región Antero Lateral ***
SM	Sinusal	93	0.16	0.04	0°	VM+0.9	Onda Pacuminada en D ₁ con muesca en D ₂ se observa QS de V ₂ a V ₆ con desviaciones positivos de ST de V ₂ a V ₆	Crecimiento Auricular Izquierdo. Tejido Lesionado e inactivable de localización anterior extensa, sugestivo de infarto Reciente de similar localización; si el infarto es antiguo, plantea la posibilidad de formación Aneurismática ****

SUMEN ELECTROCARDIOGRAFICO DE LOS INFARTOS ENCONTRADOS.

* Figura No.6

** Figura No.7

*** Figura No.8

**** Figura No.9

DISCUSION

El grupo de casos estudiados no puede dar una idea sobre la incidencia de cardiopatía en la población pues no fué posible determinar el número total de pacientes de los cuales se extrajo la muestra.

El material aquí presentado constituye un informe preliminar de los problemas que en el campo de la cardiología se le presentan al médico durante su Servicio Social. En el caso particular hubo necesidad de adquirir un electrocardiógrafo para poder realizar este estudio.

La discusión de este trabajo se presta para una serie de consideraciones sobre las necesidades que se presentan para atender las emergencias cardiovasculares en las zonas alejadas de la capital.

Este trabajo debe ser continuado con estudios que permitan establecer la incidencia y características de las enfermedades cardiovasculares en la población salvadoreña.

En lo que a las diferentes cardiopatías reportadas se refiere, algunos de los grupos ameritan un comentario en particular. El estudio electrocardiográfico mostró que en todos los casos de hipertensión arterial, ésta era de una evolución suficiente para producir repercusión cardíaca. Eso explica el número relativamente pequeño de hipertensiones estudiadas, dado que solamente se sometieron a estudio clínico completo y exploración electrocardiográfica, los casos con sintomatología referible a la esfera cardiovascular. La presión arterial no fué tomada de rutina en los pacientes que acudieron a la Unidad de Salud de Chinameca; por consiguiente, se ignoran los

valores excepto en aquellos casos en que la sintomatología obligó a investigarla. Cuando la hipertensión era diagnosticada, aún tratándose de una crisis hipertensiva severa no se dispuso de fármacos hipotensores para tratar estos cuadros. La referencia de estos pacientes es difícil, por cuanto habitualmente son enviados a un hospital del interior de la República en donde tampoco están en condiciones de ofrecerles un estudio y terapéutica adecuados.

El grupo de pacientes reumáticos estudiado, no se diferencia en nada en cuanto a severidad en la evolución, a los casos que se tiene la oportunidad de observar en la consulta de los Hospitales de San Salvador.

En un estudio realizado en 1949 por Quesada y Rodríguez (6), de un total de 540 cardiopatas de la consulta a la Unidad de Cardiología del Hospital Rosales, observaron 159 casos de padecimiento reumático, dando una frecuencia de 29.4%.

En 1952, Cordero Carbajal (2), en una muestra semejante reporta que de 464 cardiopatías, 141 eran reumáticos, arrojando una frecuencia de 30.4% de padecimiento reumático.

En completo acuerdo con estos trabajos se manifestó el estudio de Herrera de Pinto (5) realizado en 1959 en autopsias realizadas de los Hospitales Rosales, Benjamín Bloom y Maternidad de esta ciudad. En este estudio se reportó que el 33.5% de los cardiopatas autopsiados eran reumáticos y que, por otra parte el reumatismo constituyó el 3.7% del total de necropsias.

En el pequeño grupo de cardiopatías aquí reportado no se pretende establecer conclusiones pero puede advertirse que el grupo de reumáticos representa más del 20% del total de cardiopatías aquí comentadas. La gravedad de las alteraciones que llevaron a la con-

sulta a estos pacientes, hace pensar que las formas de reumatismo observadas en el área rural pueden revestir las formas más severas ya reportadas en los Hospitales de la capital.

Las condiciones del ejercicio en el área rural durante el Servicio Social, no permiten al médico recién egresado, mayor aproximación en el diagnóstico precoz de los padecimientos reumáticos ni a su tratamiento y menos aún a su adecuada profilaxis.

En el grupo constituido por las cardiopatías con déficit de irrigación miocárdica, es importante señalar la presencia de típicos cuadros de cardiopatías coronarias en población eminentemente rural. Plantea además la necesidad de que el médico en Servicio Social tenga el entrenamiento mínimo para atender emergencias cardiovasculares, sobre todo, el infarto del miocardio y sus severas aplicaciones.

No hay duda, que el manejo del paciente cardíaco crónico ambulatorio es sumamente difícil, o casi imposible, en el medio rural, pues se trata de una población trabajadora del campo que no puede cambiar sus hábitos ni sus necesidades. Uno de los más angustiosos problemas durante esa práctica, lo constituye la carencia de los medicamentos adecuados.

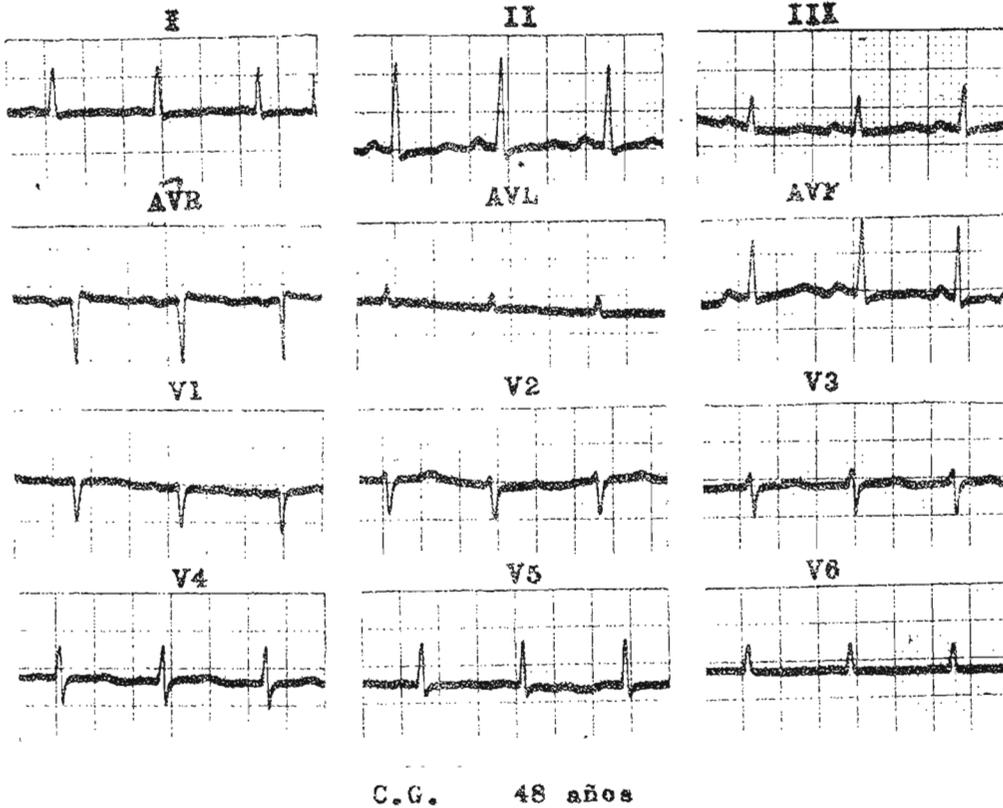
RESUMEN

1. - Se presenta el resultado del estudio clínico y electrocardiográfico de 37 pacientes que consultaron por síntomas referibles al aparato cardiovascular a la Unidad de Salud de Chinameca.
2. - En 28 casos de este grupo el estudio electrocardiográfico reveló alteraciones severas de valor diagnóstico.
3. - El grupo estuvo constituido por hipertensión arterial con cardiopatía secundaria: 7 casos; cardiopatía reumática: 6 casos; cardiopatía coronariana: 13 casos; cardiopatía congénita: 1 caso y miocarditis: 1 caso.

Se hacen consideraciones en relación con el manejo de estos pacientes, con los recursos de que disponen las Unidades de Salud.

4. - Los resultados del estudio, obligan a recomendar la necesidad de:
 - a) Incrementar el estudio de las enfermedades cardiovasculares en la población salvadoreña.
 - b) Favorecer a las Unidades de Salud, con las facilidades mínimas para atender las emergencias cardiovasculares.
 - c) Estudiar la conveniencia de dotar al país de un sistema de registro telefónico para electrocardiograma, como ya ha sido realizado en otros países, sobre todo en las áreas rurales.

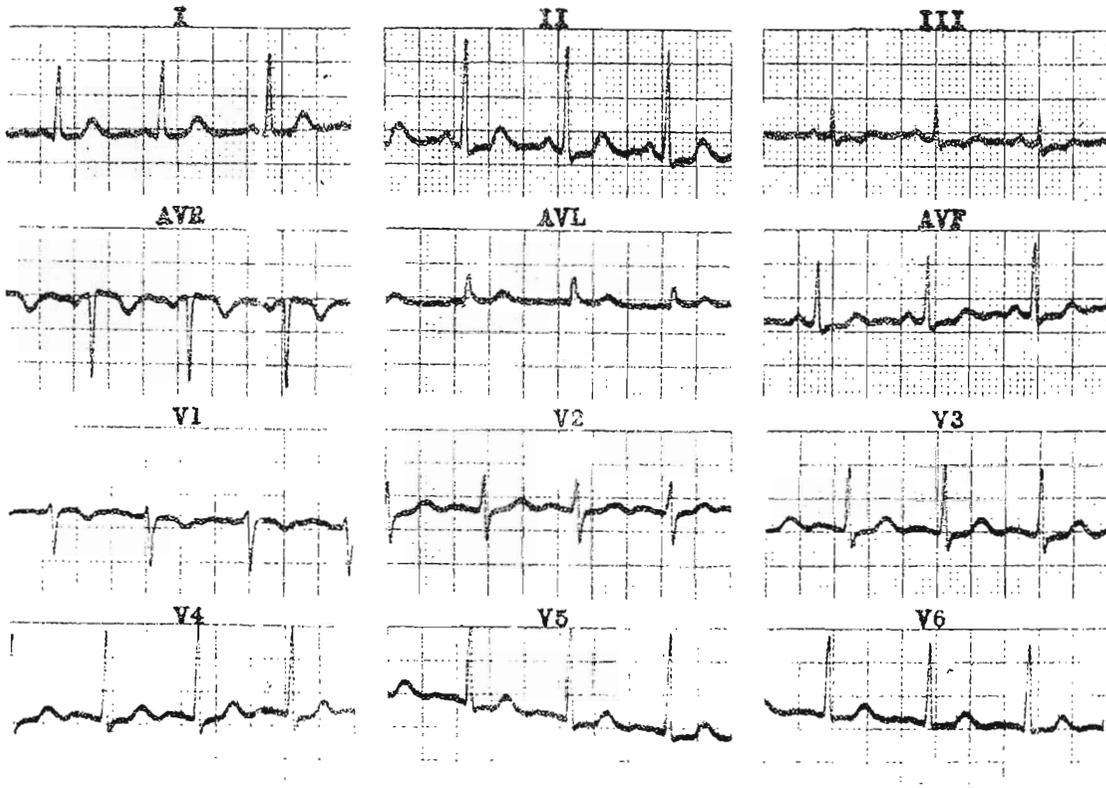
FIGURA No. 1



Crecimiento de Ventriculo Izquierdo, secundario a hipertension arterial probablemente de origen renal. Además, prolongación acentuada del intervalo QT a expensas de ST, traduciendo un desequilibrio hidroelectrolítico tipo hipocalcemia. Este paciente falleció en uremia.

El cuadro clínico era de cardiopatía hipertensiva severa.

FIGURA No. 2

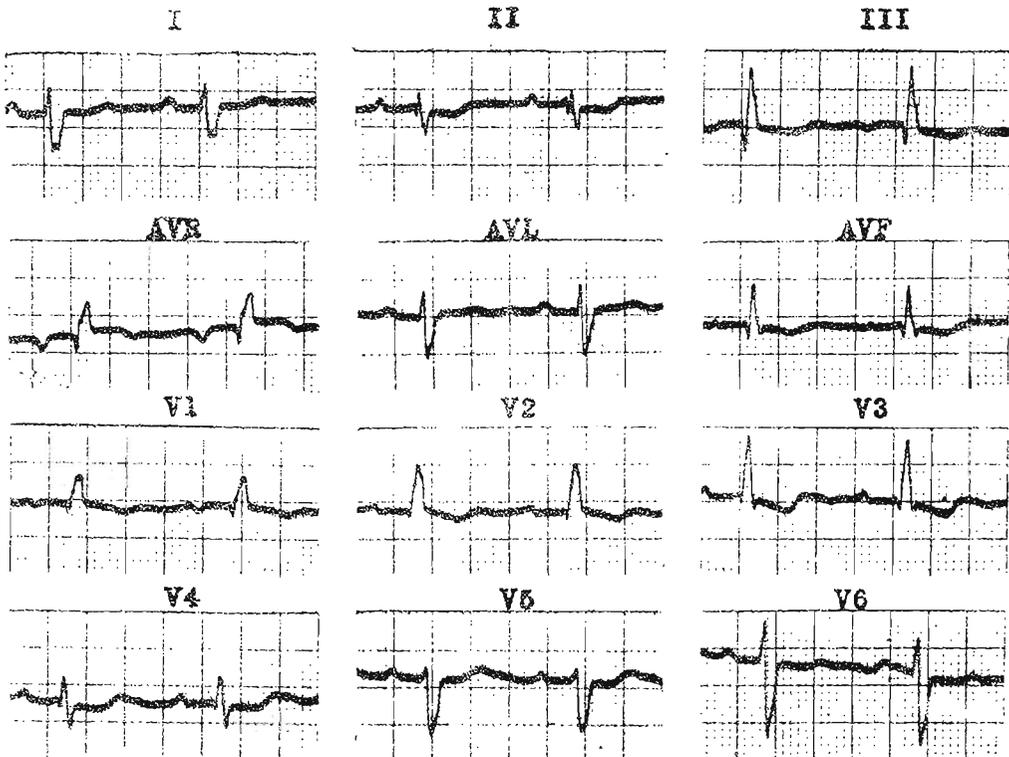


H.M.A. 58 años

Segmento ST deprimido, recto en D₁ y V₆; cóncavo hacia arriba en D₂, D₃ y V₅. R de inscripción lenta sobre Ventrículo Izquierdo revelando retardo de conducción intraventricular izquierdo, crecimiento de ventrículo izquierdo. Probable déficit de irrigación miocárdica, consecutivo a una hipertensión arterial.

El cuadro clínico era de hipertensión arterial sin mostrar evidencia de cardiopatía.

FIGURA No. 3



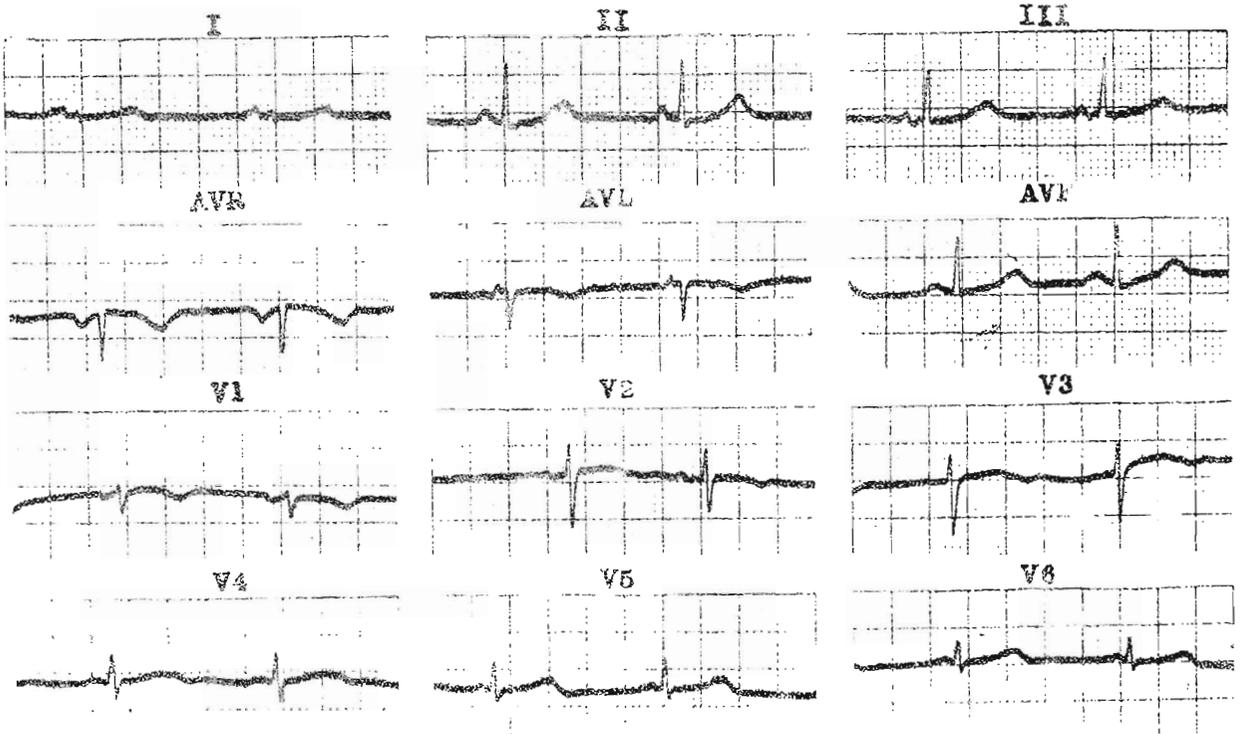
A.R.T. 59 años

Obsérvese la prolongación de PR y de QRS, evidenciando un retardo de conducción auriculo ventricular y un bloqueo de rama derecha. Desviación del eje eléctrico a la derecha y gran alargamiento del intervalo QT. T negativa en V₁ y V₂ y persistencia de S en V₅ y V₆.

Se interpreta como crecimiento de aurícula izquierda y ventrículo derecho por una probable cardiopatía mitrotricuspídea, a la cual se le ha añadido acción digitálica e hipopotasemia.

Clinicamente correspondía a una ICC con insuficiencia mitral .

FIGURA No. 4

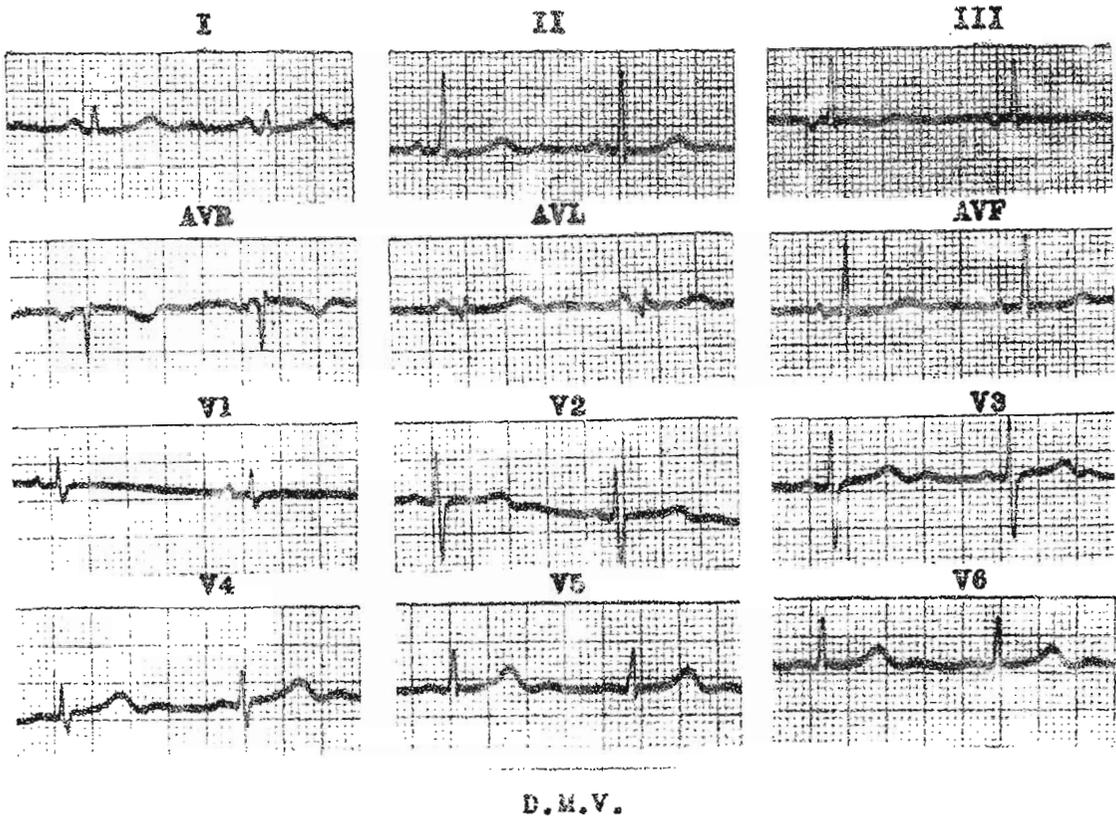


A.T. vda. de O. 40 años

Véase la onda P con muescas en D₁ y V₁, isobifásica en D₃. Evidencia crecimiento auricular izquierdo con dilatación, y crecimiento de ventrículo derecho correspondiendo a un caso de estenosis mitral pura.

La paciente era totalmente asintomática desde el punto de vista cardiovascular.

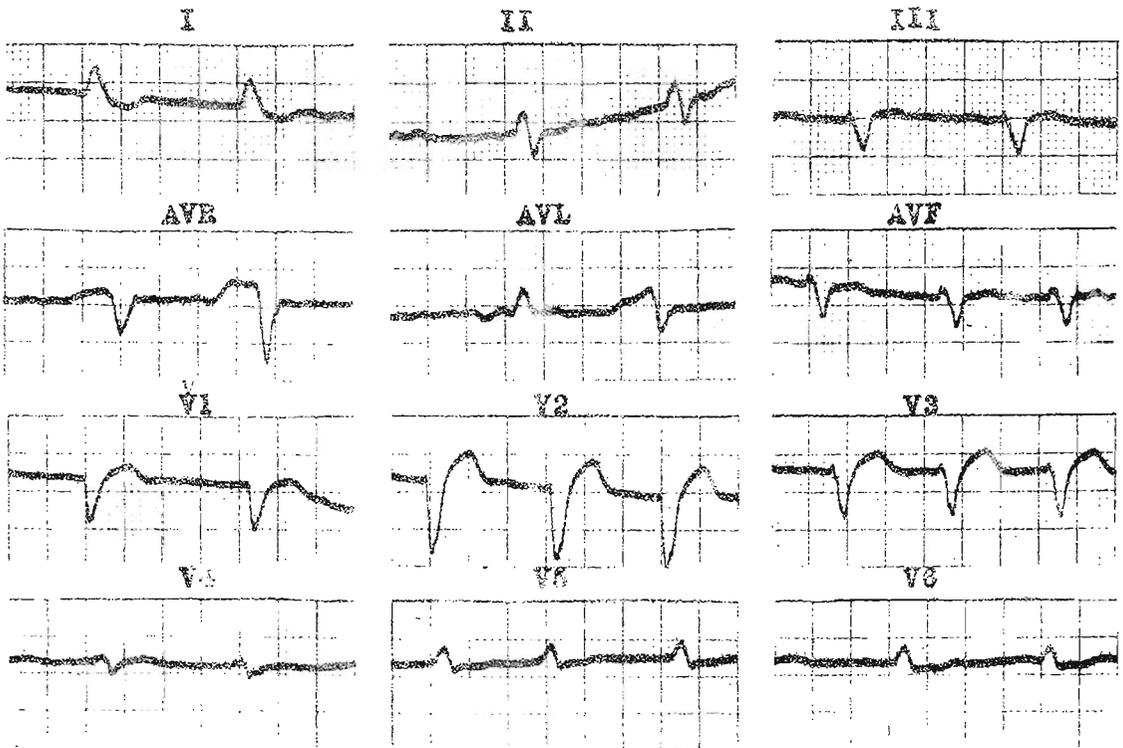
FIGURA No. 5



Onda P isodifásica en D₂, D₃, VR, VL y VF con eje AP a la izquierda. Hay crecimiento acentuado de aurícula izquierda y ventrículo derecho - con sobrecarga sistólica del mismo ventrículo. Es sugestivo de crecimiento ventricular izquierdo.

Clinicamente fue catalogado como una estenosis mitral.

FIGURA No. 6

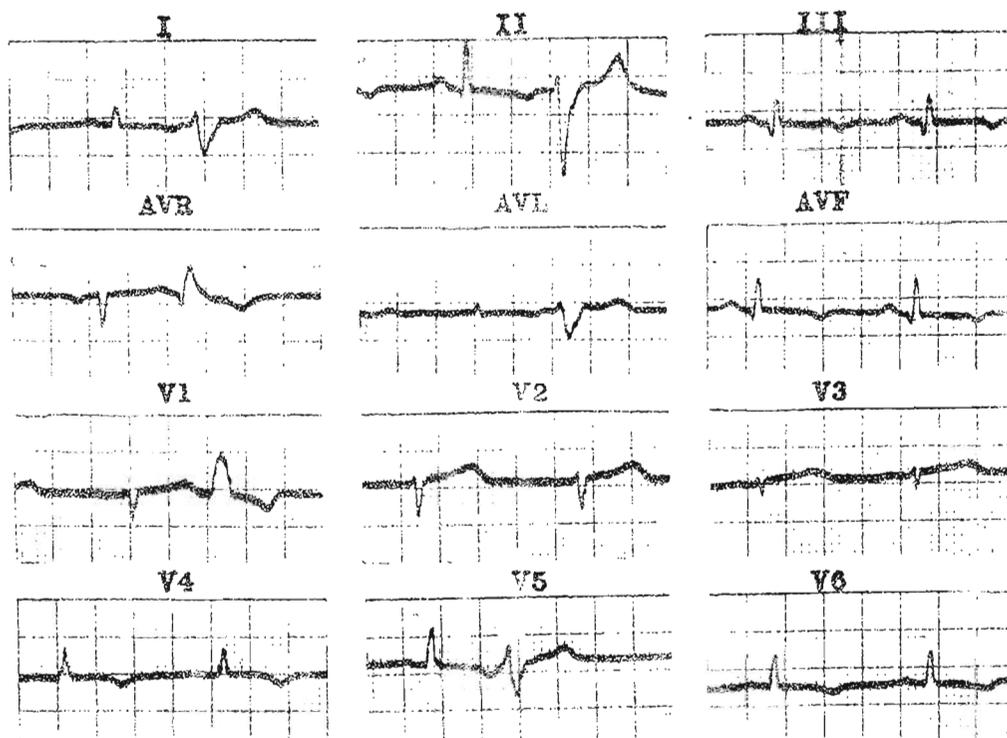


E.C. 70 años

Arritmia completa por fibrilación auricular; QRS prolongado que traduce un acentuado bloqueo de rama izquierda; desniveles de ST en V1 y V2 y T isoelectrica en V4, V5 y V6. El trazo revela infarto pericardial extendido a región anterolateral y severo daño miocárdico por cardiopstía cardioangiosclerótica.

El diagnóstico clínico fue de Arteriosclerosis e infarto de miocardio.

FIGURA No. 7

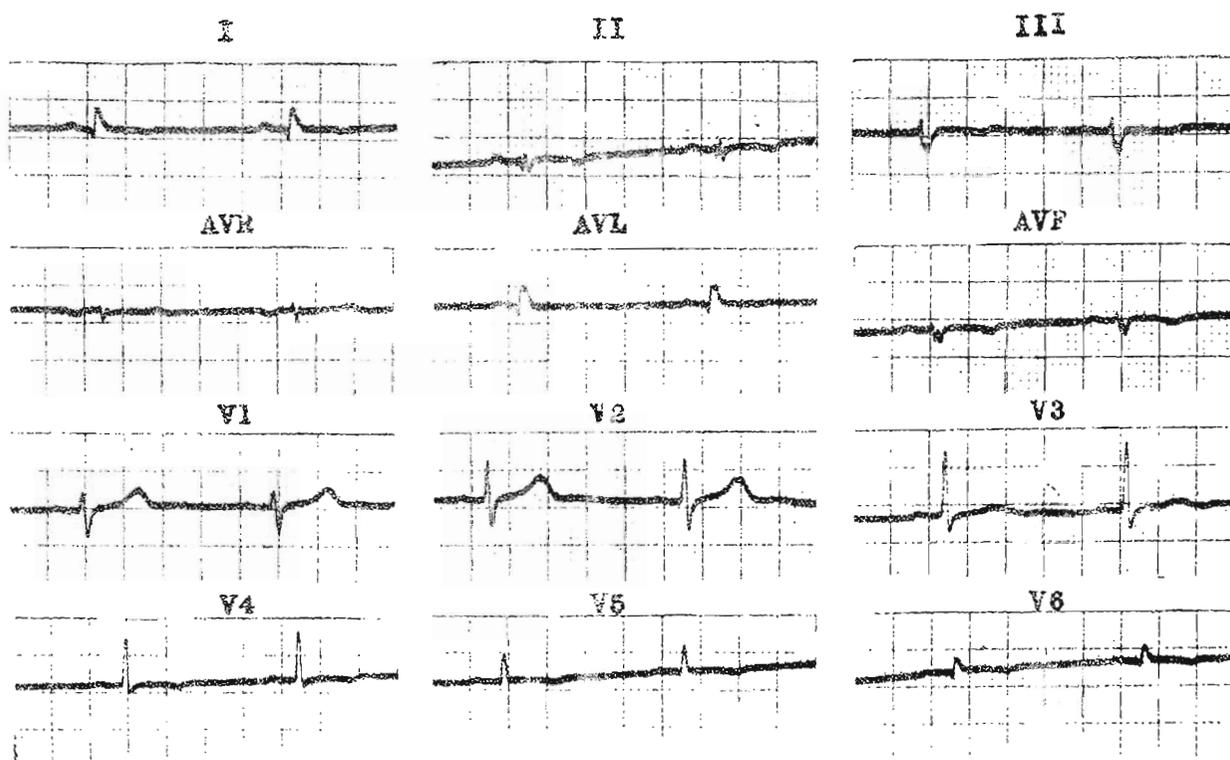


F.M. 79 años

Extrasístoles ventriculares frecuentes; onda Q en D₂, D₃ y VF; -
desniveles positivos de ST y ondas T negativas en V₄, V₅ y V₆; D₁, D₂
D₃ y VF, que evidencian un infarto posteroinferior con extensión a re-
gión anterolateral, con tejido inactivable, lesionado e isquémico.

Clinicamente se hizo el diagnóstico de una infección urinaria y
de infarto del miocardio antiguo.

FIGURA No 3



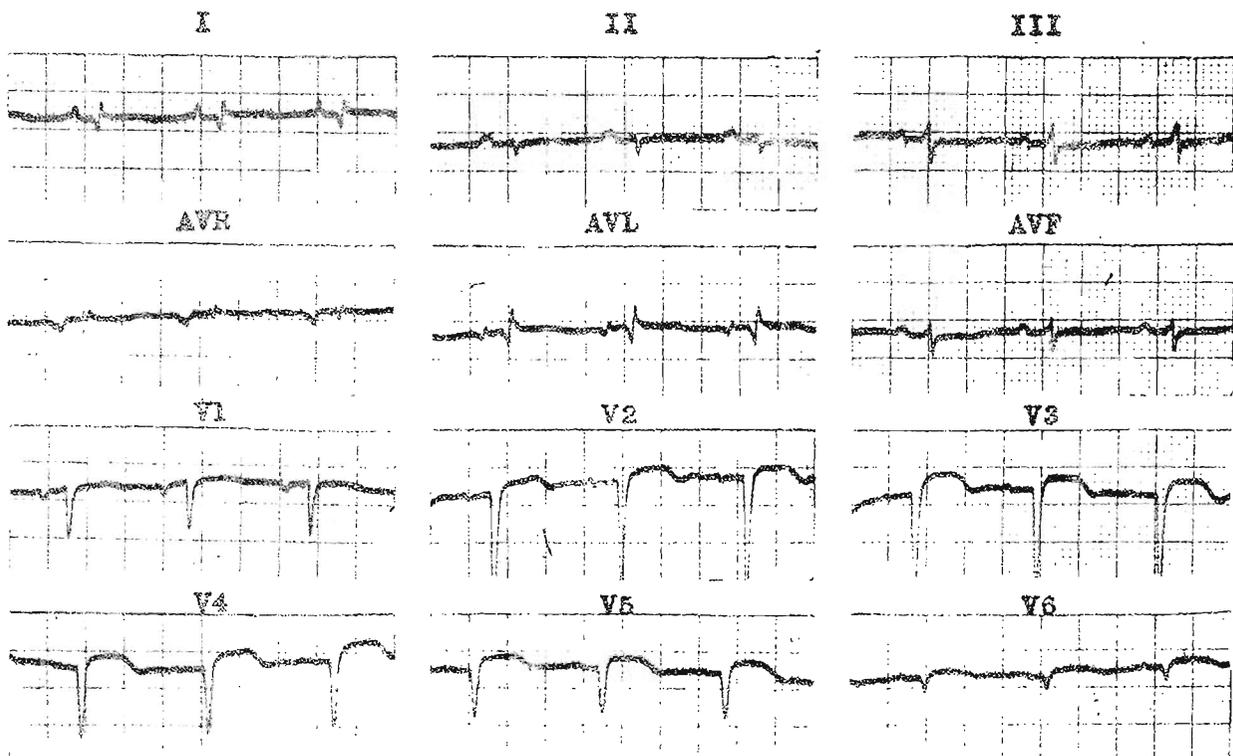
A.C. 45 años

Marcada desviación del eje eléctrico a la izquierda; morfología rsr's' en D₂, D₃ y VF, desniveles de ST y T negativa en V₄, V₅ y V₆.

El trazo revela infarto de región posteroinferior y anterolateral, con tejido isquémico de similar localización y discreto tejido lesionado en región anterolateral.

Clinicamente se hizo el diagnóstico de embolia cerebral.

FIGURA No. 9

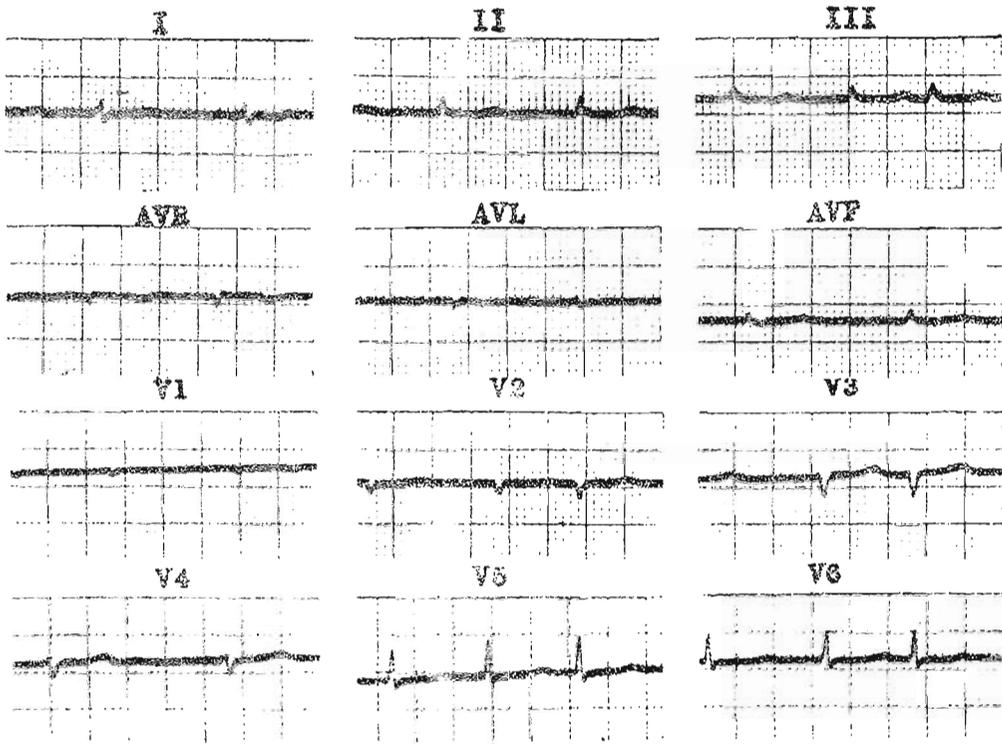


I.S.M. 62 años

QR en D_1 y V_1 ; QS de V_2 a V_6 con desniveles positivos de ST de V_2 a V_6 . Estos cambios traducen tejido lesionado e inactivable de localización anterior extensa por infarto de miocardio.

Clinicamente se hizo el diagnóstico de ICC e infarto miocárdico.

FIGURA No. 10

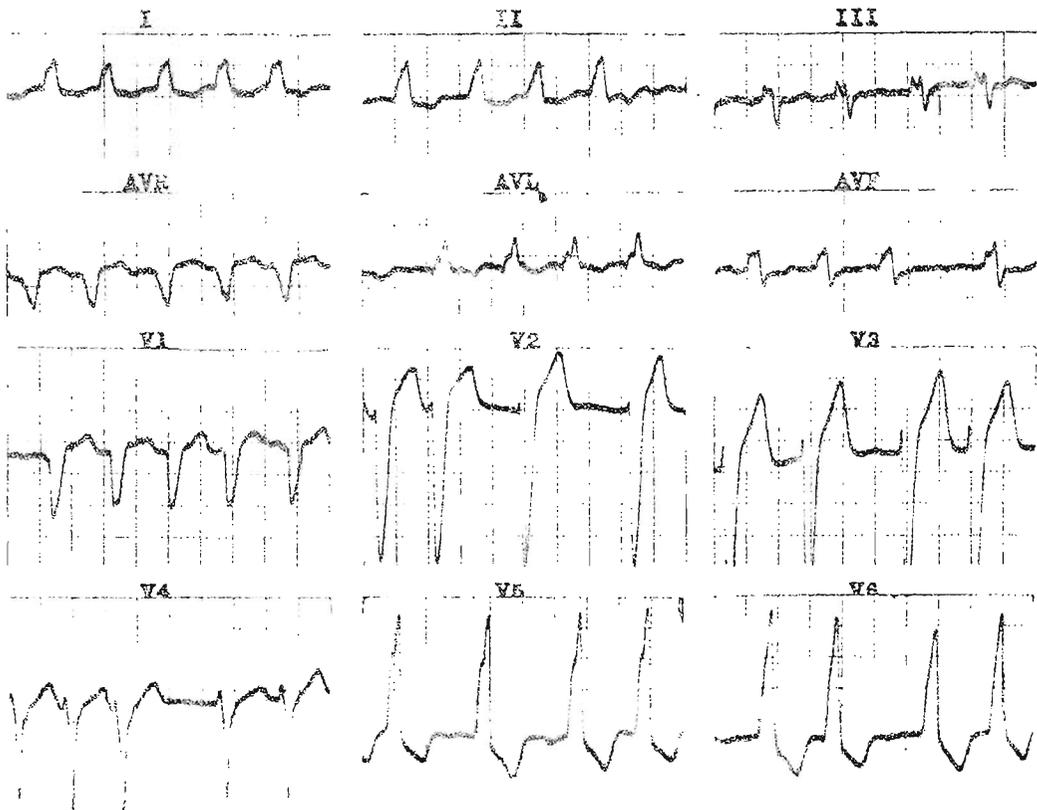


F.G.84 años

Fibrilación auricular con baja frecuencia ventricular. Bajo voltaje de todas las derivaciones que se interpreta como sugestivo de cardiopatía coronaria crónica.

Clinicamente se hizo el diagnóstico de Cardiopatía Isquémica Crónica.

FIGURA No. 11

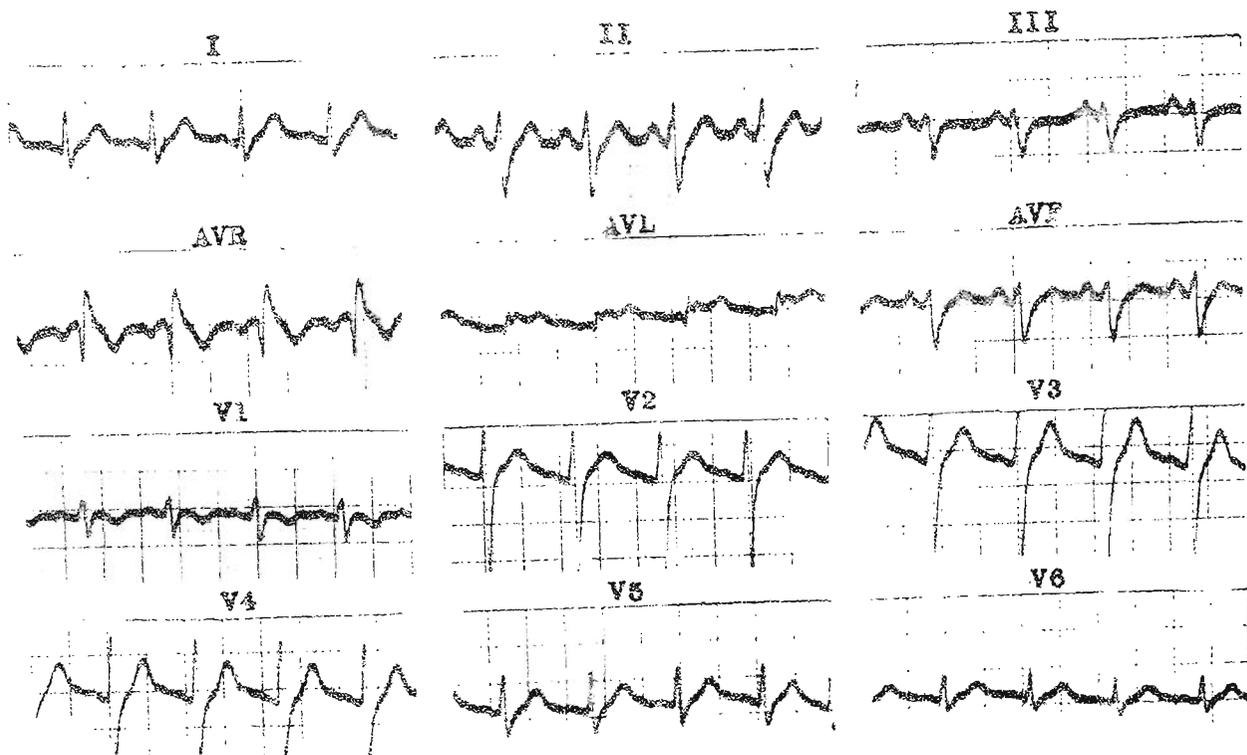


P.M.E. 76 años

Tequiarritmia por fibrilación auricular; prolongación de QRS por acentuado bloqueo de rama izquierda grado II - III. Crecimiento de ventrículo izquierdo debidos a severa cardiopatía coronaria.

Clinicamente se hizo el diagnóstico de ICC y de cardiopatía isquémica crónica.

FIGURA No. 12



J.A.D. 17 años

Nótese taquicardia sinusal; prolongación de QRS por trastorno de conducción intraventricular, predominantemente derecho, y alteración primaria de repolarización ventricular, sugestiva de daño miocárdico del tipo observado en las miocarditis.

Se hizo el diagnóstico clínico de Miocarditis por tifoidea.

APENDICE; REPORTE DE CASOS

CASO No. 1

Nombre: F. Z.

Edad: 85 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Consultó Por: "orinar" de noche. Tres meses antes de la consulta comienza con nicturia molesta, al grado de levantarse varias veces por la noche. Niega otra sintomatología urinaria. Disnea de grandes esfuerzos. No dolores precordiales, no edemas. Sí palpitaciones. Al examen, TA: 120/70. Pulso: 96/min., regular. Hay signos de arterioesclerosis periférica; arco senil bilateral y arterias periféricas endurecidas. Punto de máximo impulso en 6o. espacio intercostal izquierdo en línea medioclavicular. Soplo sistólico pluri-focal, grado I. Pulmones: discreta congestión basal bilateral. Hígado a 2 cm. BRCO blando y doloroso. Moderado edema de la pared abdominal y de ambos tobillos. Próstata normal.

DIAGNOSTICO CLINICO: Insuficiencia cardíaca congestiva Grado I.

Cardiopatía isquémica crónica

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 100/min.

PR: 0.20 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 90º

QT: VM + 0.04

Alteraciones: Retardo de conducción aurículoventricular.

ST de concavidad superior: tipo lesión subendocárdica.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Déficit de irrigación --

CASO No. 2

Nombre: C. J. B.

Edad: 4 años 11 meses

Sexo: Femenino

Ocupación: Párvulo

Consultó por: "estar enferma del corazón". A los 40 días de -- nacida, en un examen médico de rutina, previo a vacunación, un mé -- dico le dijo que "estaba enferma del corazón". Desde entonces se le han tenido cuidados especiales de higiene, pero a pesar de ello, pade -- ce frecuentemente de catarro y de tos. Nunca disnea ni cianosis. Re -- fiere la madre que la niña siempre ha llevado una vida corriente: -- juega, corre, etc.

Al examen, niña eutrófica, con buen desarrollo físico y mental. TA: 80/50. Pulso: 120/min. regular. No hay cardiomegalia. No hay thrill. Se ausculta soplo sistólico intenso, grado III en los focos de -- la base, aunque se escucha también en los demás focos aunque con -- menor intensidad. Pulmones: Limpios. Resto del examen: normal.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía congénita: Comunicación inter -- ventricular.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 115/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 45°

QT: VM + 0.04

Alteraciones: Ninguna

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Cabe dentro de límites

CASO No. 3

Nombre: J. E. L.

Edad: 78 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Consultó por cansancio. Hace aproximadamente año y medio -- comienza con cuadro de disnea a los moderados esfuerzos, que ha -- progresado lentamente. Palpitaciones frecuentes. No precordialgias. Insomnio casi constante. Niega crisis paroxísticas nocturnas. No -- edemas.

Al examen, tolera bien el decúbito dorsal. TA: 170/80. Pulso 70/min. Ritmo regular; área cardíaca aumentada de tamaño. Yugulares vacías a decúbito de 45 grados. Pulmones limpios. No soplos cardíacos. Hígado no se palpa; muy escaso edema de tobillos.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía isquémica crónica.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 65/min.

PR: 0.24 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 60 °

QT: VM + 0.07

Alteraciones: T disminuye de voltaje en V2 V3 V4 V5 y V6.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Isquemia anterolateral, con moderada hipertrofia de ventrículo izquierdo.

CASO No. 4

Nombre: C. G.

Edad: 48 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Consultó por cansancio. 4 meses antes de la consulta comienza súbitamente con disnea de esfuerzo progresiva, que lo lleva a la ortopnea; palpitations frecuentes, crisis paroxísticas nocturnas y precordialgias. Ligero edema de tobillos. El primer examen clínico fué hace tres meses, encontrándose TA: 230/130, ritmo franco de galope y abundantes estertores alveolares. Fué tratado como una Insuficiencia cardíaca congestiva y mejoró notablemente, pero aún persiste la disnea y las crisis nocturnas paroxísticas. El examen físico actual, revela yugulares vacías, pulmones limpios, TA: - - - 230/120 con pulso regular de 106/min. Marcada cardiomegalia. Hígado doloroso a 2 cm. BRCD. Edema discreto de tobillos. Persiste la disnea aún en reposo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía hipertensiva.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 110/min.

FR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 60°

QT: VM+ 0.12

Alteraciones: Desniveles positivos de ST en todas las derivaciones. Onda T isoelectrica en D1 VR VL V5 y V6.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Retardo de conducción intraventricular izquierdo; crecimiento de ventrículo izquierdo. De-

CASO No. 5

Nombre: A. M. G. R.

Edad: 60 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Consultó por: Dificultad para caminar y cefalea. En abril del 65, comienza con cefalea constante, y paresia de miembros izquierdos, que se agrava gradualmente hasta convertirse en franca parálisis. Al examen físico, hay marcha intermitente con hemiplejia espástica izquierda; TA: 200/100 Pulso: 100/min. regular. No hay cardiomegalia; hígado normal; No edemas; signos de piramidalismo lado izquierdo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Trombosis cerebral antigua. Arterioesclerosis.

Hipertensión arterial.

Ritmo: sinusal

Frecuencia: 100/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: 0 grados

QT: VM + 0.06

Alteraciones: Retardo de la conducción intraventricular izq.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Sobrecarga ventricular izquierda.

Nombre: E. G.

Edad: 70 años

Sexo: Masculino

Ocupación : Impresor

En diciembre de 1958 nota lesiones furunculosas con gran dificultad para la cicatrización. El 16 de julio de 1959 tuvo shock espontáneo catalogado por un médico como un infarto. Se alivió con reposo relativo, el cual ha mantenido hasta el momento actual.

El 12 de mayo del 64, accidente cerebrovascular súbito, con parálisis de miembros izquierdos y facial derecha, En abril del 65 amputación de miembro inferior izquierdo por "gangrena"; en mayo 65 reamputación del muñón por infección de herida operatoria. En agosto del 65, insuficiencia cardíaca congestiva que regresó con tratamiento adecuado. Se ha investigado diabetes pero nunca se ha podido comprobar. En diciembre del 65 empieza con manifestaciones isquémicas en miembro inferior izquierdo, en los dedos del pie.

Al examen, paciente pálido, adelgazado, con cierto grado de obnubilación mental. TA: 130/80. Pulso: 100/min. sumamente irregular. Ruidos cardíacos apagados. Pulmones: limpios. Signos periféricos de arterioesclerosis. Paresia facial derecha. Parálisis espástica brazo izquierdo. Ausencia quirúrgica de miembro inferior izquierdo y cambios de gangrena seca en pie y tobillo derechos.

DIAGNOSTICO CLINICO: Arterioesclerosis. Trombosis cerebral e infarto.

Ritmo: F. A. Con extrasístoles vent. frecuentes antiguos.

Frecuencia: 82/min.

QRS: 0.12 seg.

AQRS: + 21°

QT: VM + 0.03

Alteraciones: Bloqueo acentuado de rama izquierda grado II ó III Onda T isoelectrica en V4 V5. y V6.

CASO No. 7

Nombre: F. M.

Edad: 79 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Agricultor

Cuatro años antes de la consulta, tuvo "infarto de miocardio", tratado por un médico. Guardó reposo durante dos semanas, pero poco después volvió a sus actividades usuales de los trabajos agrícolas.

Tiene pocos días de que acusa ardor al orinar y edema de tobillos.

Al examen, anciano de muy buena constitución física, con TA: 120/60. Ritmo cardíaco de unos 70/min. interrumpido por frecuentes extrasístoles. Ruidos cardíacos apagados; no se escuchan soplos. Pulmones (-). Hígado: normal; hipogastrio y fosas renales muy dolorosas. Hay discreto edema de los tobillos.

DIAGNOSTICO CLINICO: Infarto antiguo miocárdico. Infección urinaria.

Ritmo: Sinusal, con extrasístoles ventriculares frecuentes.

Frecuencia: 75/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.09 seg.

AQRS: + 62°

QT: VM + 0.09

Alteraciones: Onda Q en D2 D3 y VF. Desnivel positivo de ST y ondas T negativas en V4 V5 V6 D1 D2 D3 y VF.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Infarto posteroinferior, con extensión a región anterolateral, indicando además, lesión e is-

CASO No. 8

Nombre: G. de A.

Edad: 30 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Consultaba por abortos repetidos, y venía a control prenatal.

En un período de 10 años, ha tenido 6 abortos consecutivos espontáneos, del segundo trimestre de su embarazo, los cuales empezaron siempre por ruptura de membranas, seguido de hemorragia y de instalación de dolor.

No ha tenido ningún hijo y ese es el motivo de la consulta.

Al examen, adulta joven, con TA: 240/140. Pulso 70/min. regular.

No me pareció encontrar cardiomegalia. Escucho soplo sistólico grado I, plurifocal; 2o. ruido clangoroso. Resto del examen: - Normal.

No hay anomalías en el sistema genital.

DIAGNOSTICO CLINICO: Enfermedad vascular hipertensiva crónica.

Aborto habitual.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 75/min.

PR: 0.02 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 59º

QT: VM +0.02

Alteraciones: Ondas R prominentes en las derivaciones -- que reflejan potenciales de activación de ventrículo izquierdo.

CASO No. 9

Nombre: A. C. P.

Edad: 44 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Consultó por embarazo. FUR: 25 julio 65. FPP: 6 mayo 66.

En su pasado existe la historia de 8 partos normales, con 6 - hijos vivos. Dos meses antes de salir embarazada, con motivo de preocupaciones en el seno de la familia, empieza a sentir palpita-- ciones, que se repiten con alguna frecuencia. No amigdalitis. No -- artralgias. No otros síntomas. Paciente en la edad media de la vi-- da, sumamente ansiosa, llorando por momentos, pero sin disnea - ni otras manifestaciones. TA: 120/70. Pulso: 96/min. con salvas - de irregularidades. No hay cardiomegalia; frecuencia cardíaca in-- terrumpida por salvas de extrasístoles. No soplos. Altura uterina 33 cm. Foco reg. derecho presentación cef. Resto ().

DIAGNOSTICO CLINICO: Embarazo de 36 semanas. Neurosis de ansiedad.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 100/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.12 seg.

AQRS: + 20º

QT: VM + 0.06

Alteraciones: Ninguna.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Trazo aún en límites - normales.

CASO No. 10

Nombre: R. A. G.

Edad: 6 años

Sexo: Femenino

Ocupación: escolar

Consultó por decaimiento, anorexia y catarrros frecuentes.

Desde su muy tierna infancia, adolece de frecuentes infecciones respiratorias, durante las cuales sufre de cansancio moderado y debilidad.

Al examen físico, se encontró una escolar hipotrófica, con TA: 90/50. Disnea moderada y marcada palidez; no hay cianosis. Enorme deformación torácica consistente en levantamiento de la parrilla costal y del esternón, formando tórax en quilla. Se palpa thrill sistólico, auscultándose un doble soplo, sistólico y diastólico, muchísimo más evidentes en los focos de la base y en el 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo, paraesternal. Pulmones: abundantes roncus. Hígado normal. No edemas. Resto del examen: negativo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía congénita: Ductus arterioso persistente. Bronquitis aguda.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 110/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 74°

QT: VM + 0.12

Alteraciones: Retardo en la conducción intraventricular izquierda. Crecimiento biventricular.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Crecimiento de ambos

CASO No. 11

Nombre: G. U. de F.

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Consultó por desmayos. Alrededor de 8 ó 10 días antes de la consulta, comienza con mareos, disnea de grandes esfuerzos, cefalea frontal pulsátil y algunas lipotimias. No otra sintomatología.

Al examen físico, adulta en buenas condiciones generales de salud; TA: 240/130. Pulso: 80/min., ritmo regular. No hay soplos cardíacos y el sistema pulmonar es clínicamente normal. Resto del examen: normal.

DIAGNOSTICO CLINICO: Hipertensión arterial.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 75/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 42°

QT: VM + 0.02

Alteraciones: T negativa en V1 V2 y V3 aplastada en V4.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Trazo aún dentro de límites normales.

CASO No. 12

Nombre: M. S. S.

Edad: 84 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Dos años antes de la consulta, súbitamente tuvo epistaxis izquierda. Le hicieron taponamiento anterior y le dejaron Serpasil. Desde hace 3 meses, comienza a sentir palpitaciones frecuentes y crisis de ansiedad marcada, con nerviosismo acentuado. No otros trastornos.

Al examen, paciente sumamente ansiosa. No hay hipertrofia del tiroides. No temblores en las manos. TA: 190/100. Taquicardia regular de 120/min. Levantamiento en masa del ápex el cual se encuentra unos 2 cm. por fuera de la línea medioclavicular. No soplos cardíacos. Segundo ruido brillante en todos los focos de auscultación. Pulmones limpios. No edemas. Hígado: normal. No otros hallazgos de importancia.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía isquémica crónica.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 125/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 75°

QT: VM + 0.02

Alteraciones: Onda R prominente en derivaciones precordiales izquierdas. Aplanamiento de ST en V1 S empastada en V4 y V5.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Crecimiento ven--

CASO No. 13

Nombre: F. G.

Edad: 84 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero.

Consulta por "estar enfermo del corazón". Hace alrededor de 11 años, estuvo hospitalizado en San Miguel por obstrucción urinaria. Iba a ser intervenido quirúrgicamente, pero los médicos renunciaron a ello porque le dijeron que tenía "una lesión en el corazón". Hace 6 días, empieza con dolor precordial moderado, no relacionado con el esfuerzo. El dolor es persistente, que le dificulta la respiración. No otros síntomas.

Al examen, anciano colaborador, con síndrome Parkinsoniano. Yugulares vacías al decúbito de 30 grados. TA: 150/60. - Ritmo cardíaco sumamente irregular, con extrasístoles frecuentes. No soplos cardíacos. Pulmones: limpios. Hígado: normal. No edemas.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía isquémica crónica.

Ritmo: F. A. con extrasístoles ventriculares frecuentes.

Frecuencia: osciló entre 48 y 74 por minuto.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 80 °

QT: VM + 0.08

Alteraciones: Ausencia de ondas F. Bajo voltaje de todas las derivaciones.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Compatible con en-

CASO No. 14

Nombre: A. R. C.

Edad: 30 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Vendedora

Consultó por catarro de pecho. Desde los siete años de edad padece frecuentemente de catarro nasal y de tos productiva con esputo amarillento. Respiración ruidosa y creciente disnea.

Al examen, adulta joven. con fiebre de 38^o C. Disnea, a predominio de la segunda fase de la respiración. Tos con esputo abundante. TA: 120/70. Pulso: 86/min., regular. No hay cardiomegalia. Ruidos cardíacos normales: no soplos. Pulmones: Abundante cantidad de roncus y sibilancias diseminadas por todos los campos pulmonares.

Resto del examen clínico: Evidentemente normal.

DIAGNOSTICO CLINICO: Asma bronquial.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 90/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 60^o

QT: VM+ 0.02

Alteraciones: AP a la derecha: + 75 Resto (-)

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Cabe dentro de límites normales.

CASO No. 15

Nombre: A. M. de U.

Edad: 54 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Consultó por dolores en el pecho. Desde aproximadamente un año antes de la consulta, comienza a sentir dolor precordial - suave, tipo constrictivo, sin irradiaciones, que no se influenciaba con el esfuerzo. Además, desde hace unos pocos días, dolor lumbosacro intenso acompañado de moderado grado de disuria. -- No otros síntomas.

Al examen, anciana, colaboradora. TA: 110/60. Pulso: -- 74/min. con ritmo regular. Dolor en ambas fosas renales e hipogastrio.

Yugulares vacías, pulmones limpios; hígado normal. No edemas.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía coronariana. Infección - urinaria.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 75/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 68

QT: VM + 0.01

Alteraciones: Aumento del voltaje de R de V1 a V6, con T acuminada.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Crecimiento de ven--

CASO No. 17

Nombre: S. G. U.

Edad: 50 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Consultó por mareos. Aproximadamente cinco meses antes de la fecha de su consulta, comienza con decaimiento general, -- cefalea frontal pulsátil y mareos frecuentes. Ocasionalmente, dolor precordial opresivo. Escasa disnea de esfuerzo. No edemas ni otros síntomas.

Al examen, adulto viejo, tranquilo, colaborador; TA: -- 180/70. Pulso regular y lleno, un poco lento. Frecuencia cardíaca alrededor de 60/min. No se evidencian soplos cardíacos. Pulmones: limpios. Hígado: normal. No edemas. Signos periféricos de arterioesclerosis.

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía isquémica crónica

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 57/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 54º

QT: VM + 0.03

Alteraciones: Grandes voltajes de R en derivaciones -- que reflejan potencial de ventrículo izquierdo.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Sugiere crecimiento de ventrículo izquierdo.

CASO No. 18

Nombre: J. J. C.

Edad: 59 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Agricultor

Consultó por cansancio. Desde unos 6 meses antes de la consulta, comienza con dolor precordial sin irradiaciones, no relacionado con el esfuerzo, con sensación ardorosa en el precordio. Angustia moderada. Además, ligera disnea a los grandes esfuerzos, sin volverse progresiva, no hay ortopnea; no edemas.

Al examen físico, individuo colaborador que presenta moderado grado de obesidad. TA: 110/60. Pulso: 60/min., regular. No hay soplos. Campos pulmonares: limpios. Resto: sin particularidades.

DIAGNOSTICO CLINICO: Insuficiencia coronaria. Bloqueo A-V.

Incompleto?

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 60/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 30°

QT: VM + 0.01

Alteraciones: No se encuentran.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Trazos en límites normales.

CASO No. 19

Nombre: Z. M. C.

Edad: 69 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Negociante

Consultó por cefalea. Tiene alrededor de 3 años de cefalea fronto-occipital pulsátil, irradiada a la nuca y hombros. No precordialgias, pero sí sensación de opresión precordial. Escasamente disnea de grandes esfuerzos. Niega edemas. Al examen, adulta envejecida, con TA: de 180/100. Pulso 84/min., regular. Yugulares vacías a 30 grados. Clínicamente no hay cardiomegalia; ruidos cardíacos apagados; no soplos. Pulmones: limpios. Arco senil bilateral. No hay edemas.

DIAGNOSTICO CLINICO: Hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica crónica.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 83/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 57°

QT: VM + 0.11

Alteraciones: Segmento ST deprimido sobre derivaciones precordiales izquierdas. Retardo en la conducción intraventricular izquierda.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Sobrecarga de ventrículo izquierdo.

CASO No. 20

Nombre: E. M.

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Desde hace 2 años, acusa dolores articulares generalizados, que se acompañaron de insidiosa deformación en casi todas las articulaciones del cuerpo, especialmente de ambas manos. Niega flogosis. En un examen de rutina se le ha encontrado - - además serología para sífilis + $\frac{1}{2}$ dil.

Al examen físico, hay marcha intermitente por anquilosis de cadera derecha; dedos en forma típica de huso. El resto del examen se consideró prácticamente como negativo. TA: 120/70. Pulso: 80/min. , regular.

DIAGNOSTICO CLINICO: Artritis reumatoidea.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 75/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 70°

QT: VM + 0.05

Alteraciones: No se encuentran.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Trazo cabe dentro de límites normales.

CASO No. 21

Nombre: C. G. de A.

Edad: 51 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Desde aproximadamente un año antes de la consulta, acusa disuria, dolor lumbosacro, brotes febriles y malestar general. Al examen, TA: 160/100. No hay cardiomegalia. No soplos ni arritmias. Dolor en ambas fosas renales e hipogastrio.

DIAGNOSTICO CLINICO: Hipertensión arterial.

Infección vías urinarias.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 80/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 30 °

QT: VM+ 0.02

Alteraciones: Onda R de ramas simétricas sobre ventrículo izquierdo. Segmento ST recto sobre las mismas derivaciones.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Sobrecarga ventricular izquierda.

CASO No. 22

Nombre: H. M. A.

Edad: 56 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Com.

Refiere la paciente que aproximadamente unos 11 meses -
antes de la consulta, comienza con cefalea occipital pulsátil, -
acompañada de frecuentes crisis de amnesia, así como mareos -
y lipotimias.

Al examen físico, yugulares vacías. Pulmones limpios. -
No cardiomegalia, no soplos cardíacos. TA: 230/120. Pulso: -
100/min., ritmo regular. No edemas en miembros inferiores. -
Pulso pedio frecuencia regular.

DIAGNOSTICO CLINICO: Hipertensión arterial.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 100/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

Δ QRS: + 40°

QT: VM + 0.04

Alteraciones: ST recto en D1 y V6. Cóncavo hacia arri-
ba en D2 D3 R de inscripción lenta sobre ventrículo iz-
quierdo.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: El trazo muestra -
retardo de conducción intraventricular izquierdo; crecimiento -
ventricular izquierdo y probable déficit de irrigación miocárdi-

CASO No. 23

Nombre: S. M. C.

Edad: 19 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Tres días antes de la consulta, y sin trauma aparente, comienza con dolor en el tobillo derecho, con rubicundez en ese mismo nivel.

Niega amigdalitis, niega venéreas. Niega piodermitis. Niega síntomas urinarios.

Al examen, adulto joven, tranquilo, que no presenta disnea. TA: 120/70. Pulso: 70/min., regular. Yugulares vacías a 30 grados. Corazón: No hay cardiomegalia; no soplos ni ruidos anormales. No arritmias. Hígado: No se palpa. Hay flogosis marcada de tobillo derecho, con marcado grado de impotencia funcional. No están tomadas otras articulaciones.

DIAGNOSTICO CLINICO: Reumatismo articular agudo.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 68/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 30°

QT: VM + 0.04

Alteraciones: No se encuentran.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Electrocardiograma normal.

CASO No. 24

Nombre: J. M. Z.

Edad: 68 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Consultó por angustia. Desde la fecha aproximada de un año antes de la consulta, acusa aflicción epigástrica, principalmente al respirar. Palpitaciones frecuentes. No precordialgias; no edemas.

Al examen, TA: 160/70. Pulso: 58 por minuto. Arco senil bilateral y arterias periféricas endurecidas y tortuosas. No hay cardiomegalia, ni signos de insuficiencia cardíaca.

DIAGNOSTICO CLINICO: Arterioesclerosis.

Cardiopatía isquémica crónica.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 57/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 64

QT: VM + 0.01

Alteraciones: No se encuentran.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Electrocardiograma normal; sugiere vagotonía.

CASO No. 25

Nombre: A. T. v. de O.

Edad: 40 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Panadera

Desde aproximadamente unos 6 meses antes de la consulta, empieza a sentir palpitaciones frecuentes. No otros síntomas.

Al examen físico, paciente adulta, tranquila; TA: 120/80. Pulso: 70/min. Yugulares vacías en decúbito de 30 grados. No se palpa thrill. Se ausculta rodaje diastólico con acentuamiento presistólico en ápex. Se ausculta también un franco desdoblamiento del 2º ruido pulmonar. Pulmones: Limpios. Hígado: Normal. No edemas.

DIAGNOSTICO CLINICO: Estenosis mitral.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 69/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 90°

QT: VM + 0.02

Alteraciones: Onda P con muesca en D1 y VF.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Crecimiento auricular izquierdo con dilatación; crecimiento ventricular derecho; lo que evidencia una estenosis mitral pura.

CASO No. 26

Nombre: R. V.

Edad: 51 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Carnicera

Tiene alrededor de un año de padecer de cefalea occipital - pulsátil, a veces intensa con mareos frecuentes y trastornos e--mocionales consistentes en intranquilidad, llanto fácil y perío--dos de cólera. Insomnio casi constante, y calores en todo el --cuerpo.

Al examen, adulta envejecida, moderadamente obesa: TA: 200/120. Pulso: 84/min., ritmo regular. Corazón clínicamen--te normal; no soplos, no arritmias; no signos de insuficiencia - -cardíaca. No edemas.

DIAGNOSTICO CLINICO: Hipertensión arterial.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 83/min.

PR: 0.20 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 20°

QT: VM + 0.02

Alteraciones: Onda T de ramas simétricas en V5 y -
V6.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Moderada sobre--carga de ventrículo izquierdo.

CASO No. 27

Nombre: A. C.

Edad: 45 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Agricultor

Refiere el paciente que unos 15 días antes de su consulta - súbitamente cae con lipotimia, y perdió la consciencia durante - unos minutos. Al despertar, nota imposibilidad para caminar y desviación de los rasgos faciales hacia la derecha. Al examen, marcha intermitente por hemiplejia espástica derecha. Parálisis facial izquierda tipo central. TA: 150/90. Pulso: Lento, -- con frecuencia aproximada de 60/min. Ritmo cardíaco regular, no escucho soplos. No hay signos de insuficiencia cardíaca. - Resto del examen: negativo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Accidente cerebrovascular tipo embólico. Bloqueo aurículoventricular ?

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 60/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.09 0.10 seg.

AQRS: - 23º

QT: VM+ 0.03

Alteraciones: Imagen rsr's' en D2 y VF, y de V4 a V6.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Infarto de región - postero-inferior y anterolateral, con tejido isquémico de similar localización, y discreto tejido lesionado en región anterolateral.

CASO No. 28

Nombre: P. M. E.

Edad: 76 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Diez días antes de la consulta, comienza con disnea de - esfuerzo progresiva que lo ha llevado a la ortopnea; crisis paroxísticas nocturnas y palpitaciones. Nota además, edema ascendente de miembros inferiores. Tos espumosa en moderada cantidad.

Al examen, con TA: de 120/70. Arco senil bilateral; cardiomegalia notoria, con ápex en 6o. EII en línea axilar anterior. No soplos; arritmia extrasistólica manifiesta; congestión pulmonar bilateral basal. Yugulares llenas a 30 grados. Hepatomegalia dolorosa a 2 cm. BRCD. Edema notorio de miembros inferiores.

DIAGNOSTICO CLINICO: Insuficiencia cardíaca congestiva

Cardiopatía isquémica crónica.

Ritmo: Arritmia completa por fibrilación auricular.

Frecuencia: 150/min.

QRS: 0.12 seg.

AQRS: + 23°

QT: VM + 0.08

Alteraciones: Acentuado bloqueo de rama izquierda grado II - III. Crecimiento ventricular derecho.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Severa cardiopatía

CASO No. 29

Nombre: I. S. M.

Edad: 62 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Carret onero

Aproximadamente 20 días antes de su consulta, súbitamente acusa dolor retroesternal punzante, irradiado al precordio y brazo izquierdo. Este dolor no se relacionó con ningún esfuerzo físico, desapareciendo al cabo de 6 días, quedando desde esa fecha, disnea de esfuerzo y ortopnea. No otros trastornos. Al examen físico, anciano disneico; TA: 120/80; yugulares llenas a los 90 -- grados, congestión pulmonar bilateral; taquicardia moderada, con tendencia al galope. Cardiomegalia: Apex en 6o. espacio intercostal izquierdo en línea axilar anterior. No soplos. Ruidos cardíacos suaves. Hepatomegalia dolorosa de 4 cm. BRCD. Muy escaso edema de tobillos.

DIAGNOSTICO CLINICO: Insuficiencia cardíaca congestiva.

Infarto del miocardio.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 93/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.04 seg.

AQRS: 0 grados

QT: VM+ 0.09

Alteraciones: Onda P. acuminada en D1 con muesca en D II. Se observa QS de V2 a V6, con desniveles positivos de ST de V2 a V6.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Crecimiento auricular izquierdo; tejido lesionado e inactivable de localización anterior extensa, sugestivo de infarto miocárdico reciente de simi-

CASO No. 30

Nombre: P. B. M.

Edad: 30 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Más o menos dos años antes de la consulta, empieza con cuadro de artralgias migratorias localizadas en grandes articulaciones, fiebre intermitente y decaimiento general. Amigdalitis en la infancia.

15 días antes de la consulta, se exacerba nuevamente su proceso articular, con las mismas características. Niega otra sintomatología.

Al examen, adulta joven, bien constituida, tranquila. Fiebre de 38° C. TA: 120/70. Congestión faríngea acentuada. -- Pulso: 84/min., ritmo regular. No escucho soplos cardíacos. 2o. ruido pulmonar mayor que 2o. aórtico. Ligera tumefacción dolorosa en rodilla derecha y hombro izquierdo. No flogosis.

DIAGNOSTICO CLINICO: Fiebre reumática. Se plantea la necesidad de descartar carditis activa.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 80/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 60°

QT: VM - 0.02

Alteraciones: No hay.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Trazo en límites nor-

CASO No. 31

Nombre: J. A. D.

Edad: 17 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

Tiene 11 días de proceso febril elevado, de tipo continuo. Desde el inicio hay diarrea de 2 ó 3 cámaras diarias líquidas y amarillentas; escasos vómitos. Tos productiva, cefalea y quebrantamiento general.

Al examen, TA: 110/60. Con fiebre de 40° C. Taquicardia regular de 130/min., ruidos cardíacos suaves. Abdomen blando y depresible. No hay resistencia muscular; bazo percutable; peristalsis aumentada. Se comprobaron antígenos febriles positivos: O y H de 1/320.

DIAGNOSTICO CLINICO: Fiebre tifoidea. Sospecha de miocarditis tífica.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 135/min.

PR : 0.12 seg.

QRS: 0.10 seg.

AQRS: -8 grados

QT: VM+ 0.03

Alteraciones: Trastorno de conducción intraventricular predominantemente derecho, y alteración primaria de la repolarización ventricular.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Muy sugestivo de miocarditis.

CASO No. 32

Nombre: A. M.

Edad: 69 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Tiene alrededor de 5 ó 6 años de padecer de tos productiva; además desde hace 8 días acusa disnea progresiva de esfuerzo, crisis paroxísticas nocturnas y ortopnea. Sudoración intensa e insomnio. Al examen, anciana, con poca disnea, pero muy intranquila, delgada con temblor fino de ambas manos, sudoración caliente moderada y verborrea. TA: 120/60. Pulso 108/min. Yugulares llenas a 45°. Pequeño nódulo en lóbulo izquierdo de la tiroides. Cardiomegalia moderada. No soplos. Pulmones: Roncus diseminados. Hepatomegalia de 2 cm. BRCD.

DIAGNOSTICO CLINICO; Bronquitis crónica. Cor Pulmonale? Insuficiencia cardíaca congestiva. Cardiopatía isquémica crónica. - Hipertiroidismo?

Ritmo: Nodal o auricular Inf. con migración del marcapaso.

Frecuencia: 115/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 65°

QT: VM

Alteraciones: Retardo de conducción intraventricular izquierda con imagen de crecimiento ventricular izquierdo en un corazón vertical.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Si se toman en cuenta los datos clínicos, el trazo podría corresponder:

- a) Cardiopatía hipertiroidea con insuficiencia coronaria.
- b) Cardiopatía cardioangiosclerótica con posible enfisema pulmonar.
(Este último caso, menos probable).

CASO No. 33

Nombre: M. E. V. de H.

Edad: 55 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Desde hace aproximadamente unos 10 meses, acusa disnea de esfuerzo progresiva; ligero edema de tobillos y ortopnea; algias precordiales leves e inestabilidad emocional. El día de la consulta, una hora antes, después de haber lavado cierta cantidad de ropa, sufre crisis aguda de disnea y temblor de ambos miembros superiores. Dolor en hombro izquierdo irradiado al precordio que cesó casi inmediatamente, pero ha quedado ansiosa, pálida y con abundante sudoración fría. Al examen, sumamente agitada y ansiosa; TA: 150/90. Yugulares vacías. Pulmones limpios. Corazón: Ritmo lento, regular, sin soplos. Hígado: normal. No edemas. (Está recibiendo digitoxina 0.1 mgm./día).

DIAGNOSTICO CLINICO: Cardiopatía isquémica crónica. Descartar infarto.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 57/min.

PR: 0.20 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 46°

QT: VM+ 0.06

Alteraciones: T negativa en V3 y V4 precedida de discreta convexidad de ST; T aplastada sobre derivaciones orientadas a cara lateral de ventrículo izquierdo.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: El trazo muestra isquemia anterolateral a predominio periapical; posible sobrecarga

CASO No. 34

Nombre: M. P. C.

Edad: 19 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Jornalero

8 días antes de su consulta, comienza con cuadro de artralgias migratorias y flogosis; fiebre moderada y quebrantamiento general. Es primera vez que padece este cuadro.

Al examen, enorme hipertrofia de amígdalas; TA: 100/60. Pulso: 80/min. Pulmones limpios. Yugular es vacías; no soplos ni arritmias. Marcada flogosis en hombro y codo izquierdo.

DIAGNOSTICO CLINICO: Fiebre reumática. Carditis activa?

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 71/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.12 seg.

AQRS: - 35°

QT: VM

Alteraciones: Lentitud en la inscripción de T, la cual es redondeada,

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Por esta alteración, podría tratarse de una carditis activa; por lo demás, puede considerarse en límites normales.

CASO No. 35

Nombre: M. E. R.

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Escolar

Cinco días antes de la consulta, acusa artralgias migratorias con flogosis de grandes articulaciones, fiebre y palpitaciones. Hace 1 año manifestó un cuadro similar de pocos días de duración.

Al examen, TA: 100/60. Pulso: 60/min. Fiebre de 38°C. Amígdalas hipertróficas. Pulmones: Limpios. Apex en 6o. - EIIIZQ. a 2 cm. fuera de LMC. Soplo sistólico grado II en foco mitral. Hígado normal; no edemas.

DIAGNOSTICO CLINICO: Fiebre reumática; insuficiencia mitral.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 60/min.

PR: 0.12 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 62°

QT: VM

Alteraciones: Retardo de conducción intraventricular izquierda.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Retardo de conducción intraventricular izquierda. Crecimiento de aurícula izquierda de ventrículo izquierdo y posiblemente de ventrículo derecho.

CASO No. 36

Nombre: N. H.

Edad: 12 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Escolar

El día de la consulta, tiene 9 días de dolor en la garganta; tres días después, se inicia fiebre elevada y dolor en ambos tobillos y rodillas.

Hace 6 meses tuvo cuadro parecido, que cedió con medicinas caseras.

Al examen, fiebre de 39°C. Amígdalas hipertróficas y crípticas. Pulmones (-). Moderada taquicardia, ritmo regular. Soplo diastólico suave en la punta; resto (-). No signos de insuficiencia cardíaca.

DIAGNOSTICO CLINICO: Fiebre reumática. Estenosis mitral.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 93/min.

PR: 0.16 seg.

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 90°

QT: VM

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: El trazo es sugestivo de crecimiento auricular izquierdo y de posible sobrecarga de Ventrículo derecho.

CASO No. 37

Nombre: D. M. V.

Edad: 51 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Of. Dom.

Desde tres días antes de la consulta, catarro nasal y tos productiva; fiebre elevada, disnea moderada y dolor en ambos hemitórax, aspecto posterior. Dice que en su adolescencia padeció de dolores articulares, con características migratorias, pero nunca más se repitieron; tiene 4 hijos vivos y ha estado asintomática hasta el momento de la consulta.

Al examen, adulta vieja, con TA: 120/70. Apex en 6o. EII fuera de LMC. Pulso: 70/min., ritmo regular. Soplo diastólico suave, con reforzamiento presistólico; primer ruido brillante; 2o. ruido pulmonar es mayor que el 2o. ruido aórtico. Roncus y sibilancias diseminados. No hay signos de Insuficiencia cardíaca congestiva.

DIAGNOSTICO CLINICO: Estenosis mitral. Bronquitis aguda.

Ritmo: Sinusal

Frecuencia: 65/min.

PR: 0.12 seg. AP: -30

QRS: 0.08 seg.

AQRS: + 80°

QT: VM + 0.04

Alteraciones: P difásica en DII DIII VR VL y VF.

DIAGNOSTICO ELECTROCARDIOGRAFICO: Crecimiento acentuado de aurícula izquierda y de ventrículo derecho.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Electrocardiographic test book. New York, American Heart Association, Ind. 1959. VI, 167 p.
2. CORDERO CARBAJAL, R. : Incidencia de Reumatismo y Cardiopatías reumáticas en El Salvador. Arch. Col. Med. El Salvador, 5:136-144, 1952.
3. FRIEDBERG, Ch. K. Diseases of the heart, 2nd. ed. Philadelphia, Saunders. 1956. 1161 p.
4. GOLDMAN, M. J. Principios de Electrocardiografía clínica. 2nd. ed. Tr. por Demetrio Sodi Pallares. México, El Manual Moderno, 1965. 384 p.
5. HERRERA DE PINTO, H. Cardiopatía reumática; Revisión de 2.258 autopsias practicadas en el Hospital Rosales, Hospital Benjamín Bloom y Hospital de Maternidad. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, 1-43, Octubre 1959.
6. QUESADA, R. S. y RODRIGUEZ, M. I. : Cardiopatías reumáticas en El Salvador. Arch. Col. Med. El Salvador, 2:46-54, 1949.
7. RODRIGUEZ, M. I. San Salvador, El Salvador, 1966. (Comunicación personal).
8. WOOD, P. Diseases of the heart and circulation, 2nd. ed. - Philadelphia, J. B. Lippincott, 1956. 1005 p.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Expert Committee on Cardiovascular Diseases and Hypertension. Hypertension and Coronary heart disease; clasifiration and criteria for epidemiological studies, first report. Geneva, W H O, 1959. 28 p. (Technical report series, No. 168).