

Fenómeno de Ashman

William S. Grigg ; Justin D. Pearlman ; Shivaraj Nagalli .

La descripción de este epónimo es una transcripción del artículo sobre el tema incluida en la **Biblioteca del NCBI - NIH*** realizada por profesionales del Centro Médico Parkview (sistema de salud integral que brinda servicios médicos avanzados en el noreste de Indiana y noroeste de Ohio), UCLA (Universidad de California en Los Ángeles) y el Centro Médico Regional de Yuma (hospital en Yuma, Arizona, Estados Unidos)

El fenómeno de Ashman se caracteriza por una **aberración dependiente de la frecuencia cardíaca que produce complejos QRS anchos de origen supraventricular.**

Se produce cuando una activación supraventricular prematura ocurre al inicio del ciclo cardíaco, y el ciclo precedente es más largo, lo que da lugar a un **complejo QRS más ancho.**

Se observa comúnmente **en la fibrilación auricular y otras arritmias supraventriculares**, dando lugar a al menos un **complejo QRS ancho aberrante que sigue patrones específicos de ciclos cardíacos RR cortos-largos-cortos o largos-cortos.**

La evaluación del fenómeno de Ashman implica una valoración detallada del electrocardiograma de 12

derivaciones durante el ritmo sinusal, descartando otros diagnósticos diferenciales y abordando cualquier afección cardíaca subyacente.

El tratamiento se centra principalmente en la arritmia subyacente y las afecciones asociadas, más que en el fenómeno en sí.

Para introducir el tema, los autores destacaron que el fenómeno de Ashman, descrito por primera vez por James Gouaux y Richard Ashman en 1947, es un hallazgo electrocardiográfico (ECG) caracterizado por un **complejo QRS ancho tras una activación supraventricular prematura y un ciclo precedente más prolongado.**

Este hallazgo electrocardiográfico generalmente **no afecta la mortalidad ni la morbilidad**, salvo por la corrección de una interpretación errónea de los latidos anchos y los complejos ventriculares prematuros (EVs).

El fenómeno de Ashman a menudo se malinterpreta como una **extrasístole ventricular** debido a su apariencia en el ECG.

Esta anomalía **se asocia frecuentemente con fibrilación auricular y otras arritmias supraventriculares**, pero generalmente no causa síntomas por sí misma.

Produce **uno o más complejos QRS anchos aberrantes** que siguen patrones específicos de ciclo cardíaco RR corto-largo o largo-corto.

Clínicamente, el fenómeno de Ashman es **asintomático**, pero los pacientes pueden experimentar **síntomas relacionados con la afección cardíaca subyacente**, que, en muchos casos, es fibrilación auricular.

El latido de Ashman más ancho puede ser un **latido más débil debido a la reducción en la coordinación contráctil**.

Aun así, ocurre junto con un ciclo corto, que es un **latido cardíaco ya más débil debido a un menor llenado ventricular**.

El tratamiento implica abordar la arritmia subyacente y las afecciones asociadas en lugar del fenómeno en sí.



El término fenómeno de Ashman o latido de Ashman se utiliza para describir una **anomalía en el ECG, definida como un complejo QRS ancho que sigue a un intervalo RR corto precedido por un intervalo RR largo.**

El complejo QRS se origina por encima del nodo AV y no dentro del ventrículo derecho o izquierdo, generalmente como un bloqueo de rama derecha parcial o completo (BRD).

Esto ocurre porque **el período refractario del sistema de conducción aumenta con la duración del intervalo RR previo.**

Un ciclo cardíaco RR más corto induce un período de recuperación refractaria más corto, y un RR más largo induce un período de recuperación más largo.

Con un ciclo RR más largo, hay un aumento en el período refractario; si un RR corto posterior desencadena la activación ventricular durante el período refractario relativo antes de que el sistema de conducción se haya recuperado lo suficiente para conducir normalmente, **la conducción será aberrante.**

Dado que el período refractario de la rama derecha del haz es más largo que el bloqueo de la rama izquierda del haz, **un patrón de bloqueo de rama derecha del haz es más común, pero un patrón de rama izquierda del haz aún puede observarse, aunque con menos frecuencia.**

Además, un patrón de BCRD puede estar asociado con un bloqueo fascicular izquierdo.

Además, el grado de conducción aberrante puede variar de un latido a otro y de un paciente a otro.

Si bien **el bloqueo de rama derecha es más común**, en ocasiones se puede observar un bloqueo de rama izquierda o un bloqueo combinado en el mismo paciente.

En situaciones donde se observan tanto bloqueo de rama izquierda como de derecha, es probable que el paciente presente un **defecto de conducción subyacente**.

No se han publicado datos sobre las diferencias geográficas observadas en el fenómeno de Ashman.

Este fenómeno está **vinculado a la patología subyacente del sistema de conducción cardíaca y, por lo tanto, casi siempre se asocia con una irregularidad de la conducción**.

El latido de Ashman es un hallazgo electrocardiográfico común en la práctica clínica que con frecuencia se malinterpreta.

Se ha **asociado principalmente con la fibrilación auricular**, la cual se ha observado que ocurre secundariamente a los impulsos caóticos de la aurícula.

Estos impulsos caóticos causan variabilidad en la duración del ciclo RR, lo que permite una conducción aberrante.

El latido de Ashman se produce por la inconsistencia en los intervalos RR.

El período refractario del sistema de conducción cardíaca (sistema de His-Purkinje) depende de la duración del ciclo precedente.

Por lo tanto, un intervalo RR más largo va seguido de un período refractario más largo, mientras que un intervalo RR más corto va seguido de un período refractario más corto.

En el fenómeno de Ashman, se observa un **intervalo RR prolongado seguido de un intervalo RR más corto.**

Como se mencionó anteriormente, el intervalo RR prolongado extiende el período refractario del sistema de His-Purkinje.

Si a ese intervalo prolongado le sigue un intervalo RR más corto, **el sistema de conducción cardíaca puede encontrarse en el período refractario.**

Esta anomalía eléctrica se observa a menudo como un bloqueo en el ECG; frecuentemente se observa un **patrón de bloqueo de rama derecha, ya que la rama derecha tiene un período refractario relativamente más largo.**

Clínicamente, el fenómeno de Ashman es **asintomático**.

Sin embargo, un paciente puede experimentar **palpitaciones, disnea o mareo debido a una arritmia basal subyacente, como fibrilación auricular o taquicardia supraventricular**.

No obstante, esto no se debe a la extrasístole ventricular en sí, que se conduce con una aberración.

En el examen se encuentra un **ritmo irregular si se asocia con fibrilación auricular**.

El fenómeno de Ashman es un hallazgo electrocardiográfico **benigno** que se observa comúnmente en la fibrilación auricular debido a la variabilidad en el intervalo RR, la taquicardia auricular y la ectopia auricular.

El estudio diagnóstico incluiría la historia clínica, la exploración física y una evaluación detallada del electrocardiograma de 12 derivaciones durante el ritmo sinusal, comparándolo con el ECG inicial.

En esencia, la evaluación del fenómeno de Ashman implica comprender su contexto, como la fibrilación auricular, descartar diagnósticos diferenciales y abordar cualquier afección cardíaca subyacente.

Adaptar la investigación y el tratamiento a cada paciente es fundamental para obtener resultados óptimos.

Un médico puede diagnosticar el fenómeno de Ashman utilizando los **criterios de Fisch**:

- **Ciclo relativamente largo inmediatamente anterior al ciclo terminado por el complejo QRS aberrante**
 - Un patrón constante de un ciclo RR precedente relativamente largo inmediatamente antes del ciclo RR corto da como resultado un complejo QRS ancho.
- **Un intervalo corto-largo-corto tiene aún más probabilidades de iniciar una aberración.**
 - Encontrar un ejemplo de un patrón de ciclo RR más corto-más largo-más corto con menor ancho de QRS es contrario al fenómeno de Ashman, y eso apuntaría a otras causas de al menos algunos de los complejos anchos.
- **Aberración en forma de bloqueo de rama derecha con la orientación normal del vector QRS inicial** (es posible una serie de latidos supraventriculares con QRS ancho).
 - La anomalía suele presentar una morfología de bloqueo de rama derecha (BRD) con una fuerza inicial normal, ya que el haz derecho normalmente tiene el tiempo de recuperación más prolongado tras un ciclo anterior de larga duración. Sin embargo, el complejo ancho podría corresponder a un bloqueo de rama izquierda (BRI), a un BRD o a una

combinación de ambos, y pueden observarse diferentes patrones incluso en el mismo paciente.

- Es posible que se produzca una propagación oculta, de modo que pueda aparecer una serie de latidos supraventriculares con QRS ancho.
- **Acoplamiento irregular de complejos QRS aberrantes**
 - El acoplamiento irregular de complejos QRS aberrantes es común en el fenómeno de Ashman y poco común en las extrasístoles ventriculares (PVC), que normalmente tienen un intervalo de acoplamiento fijo entre el QRS precedente y el QRS prematuro ancho.
- **Falta de pausa totalmente compensatoria**
 - La ausencia de una pausa compensatoria completa es común en el fenómeno de Ashman, incluso con un ritmo subyacente regular. Por el contrario, una extrasístole ventricular (PVC) en un ritmo subyacente regular generalmente bloquea la presentación de un latido supraventricular sin reiniciar la fuente de estimulación supraventricular, por lo que el siguiente latido estrecho ocurre al doble del intervalo RR normal, conocido como "**pausa compensatoria**".

El fenómeno de Ashman **se confunde a menudo con las extrasístoles ventriculares (EV)** debido a su apariencia similar en el ECG.

Sin embargo, diferenciar entre las EV y el fenómeno de Ashman es crucial, ya que tienen diferentes implicancias clínicas.

Si bien el fenómeno de Ashman y las EV pueden presentar un QRS ensanchado, **se pueden observar diferencias sutiles.**

Un **acoplamiento regular** a un complejo QRS ensanchado **apoyaría el diagnóstico de EV** frente al fenómeno de Ashman.

Además, si el clínico observa una **pausa compensatoria completa**, **se sugiere un origen ventricular del latido observado.**

Sin embargo, **la ausencia de una pausa compensatoria favorece la aberrancia.**

Se debe revisar una secuencia de ritmo larga para comparar las secuencias RR que conducen a cada complejo ancho y evaluar que todos los complejos anchos son consistentes con el fenómeno de Ashman.

Si una secuencia más corta-más larga-más corta no produce el ensanchamiento observado, sería inconsistente con el fenómeno de Ashman.

En resumen, **la morfología del QRS es la pista más crucial para distinguir entre un origen supraventricular o ventricular de los complejos QRS anchos.**

El manejo del fenómeno de Ashman se centra principalmente en **abordar la arritmia subyacente y las afecciones asociadas**, más que en el fenómeno en sí.

Un control adecuado de las arritmias auriculares, junto con el monitoreo y manejo de las afecciones cardíacas asociadas, es fundamental para garantizar un tratamiento eficaz y mejorar los resultados del paciente.

Se deben considerar los **siguientes diagnósticos diferenciales** antes de confirmar el diagnóstico del fenómeno de Ashman:

- Se debe **excluir la rama derecha del haz de His antes de diagnosticar el fenómeno de Ashman.**
- Las extrasístoles ventriculares durante la fibrilación auricular o las arritmias supraventriculares **generalmente no se presentan como un bloqueo de rama típico y van seguidas de una pausa compensatoria.**
- La **preexcitación intermitente** durante la taquicardia supraventricular puede identificarse mediante la preexcitación ventricular **manifiesta en ondas delta.**

- Los **artefactos** debidos al movimiento o al mal contacto de los electrodos a veces pueden causar cambios engañosos en el QRS que **podrían confundirse con el fenómeno de Ashman.**

En la práctica clínica, distinguir el fenómeno de Ashman de estos diagnósticos diferenciales generalmente implica un **análisis cuidadoso del ECG, que incluye observar el ECG basal, la morfología del QRS durante el ritmo sinusal y la taquicardia, y el contexto de la frecuencia cardíaca.**

El fenómeno de Ashman es una **afección benigna que no tiene ningún impacto conocido en la mortalidad o morbilidad del paciente.**

En la literatura científica **no se han descrito complicaciones asociadas al fenómeno.**

Puede ser necesaria una consulta con un cardiólogo o un electrofisiólogo para ayudar a identificar y tratar el ritmo subyacente.

Los pacientes que presenten palpitaciones, dolor en el pecho, dificultad para respirar, mareos o síncope deben ser evaluados de inmediato.

Si bien **no es una manifestación común del fenómeno de Ashman**, estos síntomas podrían indicar una **afección subyacente más grave, como fibrilación auricular u otras arritmias.**

Identificar y manejar el fenómeno de Ashman como un **hallazgo electrocardiográfico incidental y benigno** requiere un enfoque multifacético que involucre a diversos profesionales de la salud.

Los médicos, incluidos cardiólogos y electrofisiólogos cardíacos, médicos de atención avanzada, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud, desempeñan un papel fundamental en el reconocimiento experto de esta manifestación electrocardiográfica.

Esto requiere una comprensión integral de las características electrocardiográficas específicas asociadas con el fenómeno de Ashman, como el **complejo QRS ancho de la morfología de la rama derecha del haz de His que sigue intervalos R-R específicos**.

La comunicación interprofesional y la coordinación de la atención dentro del equipo de atención médica son primordiales para mejorar la atención centrada en el paciente y los resultados generales.

La comunicación y colaboración efectivas entre los profesionales de la salud son esenciales para garantizar la identificación precisa del fenómeno de Ashman, **diferenciándolo de anomalías electrocardiográficas similares, incluidos el**

complejo ventricular prematuro y la preexcitación ventricular debido a una vía accesorio.

Esto a menudo requiere consultas con cardiólogos y electrofisiólogos cardíacos para desarrollar e implementar colectivamente estrategias de manejo óptimas.

Este enfoque interprofesional, que abarca diversas habilidades, comunicación estratégica, responsabilidades compartidas y coordinación de la atención, es fundamental para promover una atención centrada en el paciente, minimizar las investigaciones e intervenciones innecesarias, garantizar la seguridad del paciente y optimizar los resultados clínicos generales relacionados con el fenómeno de Ashman.

* <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://translate.google.com/translate?u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562311/&hl=es&sl=en&tl=es&client=srp&ved=2ahUKEwil5c6fucKTAxWHHrkGHbw9GDsQFnoECBoQAAQ&usg=AOvVaw3F9srKz6fNYJzDaz8iHdMT>