



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/127 - ¿OBEDECEMOS CIEGAMENTE AL ALGORITMO? DIFERENCIA ENTRE TAQUICARDIA PRIMARIA Y SECUNDARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Santaolalla Felices¹, S. García Moreno¹, I. Bengoa Urrengoechea¹, A. Bermúdez Smith²

¹Médico de emergencias. 061 (Riojasalud). La Rioja. ²Médico EAP. Centro de Salud Alberite. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer sordomuda de 47 años, encontrada por su familia en sedestación, con gran palidez, inquietud y mano “en garra” en región precordial. Vista en condiciones basales hacía unas cuatro horas. Negaban síntomas previos. Antecedentes personales de anemia microcítica en estudio, HTA y dislipemia. Se nos requiere para atención urgente al constatar su familia taquicardia importante.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, pálida, sudorosa, sin poder articular palabra por su sordomudez, con taquipnea, aumento de trabajo respiratorio y tiraje. Auscultación: importante taquicardia, rítmica, sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración, normal. Saturación oxígeno 98% en pulsioxímetro, frecuencia cardíaca 160 lpm, tensión arterial 160/90 mmHg, glucemia 112 mg/dL. Electrocardiograma: importante taquicardia de QRS estrecho (con aspecto de taquicardia supraventricular).

Juicio clínico: Taquicardia supraventricular de etiología incierta. Probable ángor hemodinámico (dificultad para obtener información de la paciente).

Diagnóstico diferencial: Tuvimos que diferenciar si la taquicardia supuso la causa inicial de su cuadro (estaríamos ante una taquicardia primaria con inestabilidad hemodinámica que requeriría, según la evidencia actual, cardioversión eléctrica) o secundaria (el tratamiento consistiría en el de la causa de la taquicardia: infarto agudo de miocardio, angina hemodinámica, tromboembolismo pulmonar, edema agudo de pulmón o anemia intensa entre otros. En nuestro caso, finalmente, se confirmó esta última posibilidad).

Comentario final: Existe el riesgo, al desarrollar nuestra labor en el presuroso ámbito de la urgencia, de caer en la “obediencia ciega al algoritmo” (llamamos así a la tendencia precipitada de tomar medidas terapéuticas en base a un algoritmo validado, frente a un hallazgo clínico, sin tener en consideración la posibilidad de que ese hallazgo sea una consecuencia y no la causa de la patología del paciente). Colocando a la paciente en decúbito supino y administrando sueroterapia, sin necesidad de cardioversión eléctrica, conseguimos normalización del ritmo cardíaco, lo cual habla de una causa secundaria de taquicardia (intensificación de cuadro anémico, en este caso, que posteriormente se detectó en pruebas complementarias realizadas en el hospital). La toma de otra decisión diferente, ante sospecha de taquicardia con inestabilidad hemodinámica, hubiera podido detener los mecanismos fisiológicos para compensar el problema real de la paciente, con final probablemente deletéreo para la misma.

Bibliografía

Almendral J, et al Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. Rev Esp Cardiol. 2012;65(5):456-69.

Ferguson et al. Contemporary Management of Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. Circulation. 2003.

ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of patients with supraventricular tachycardias. Circulation. 2003;108:1871-909.