



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4488 - LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN URGENCIAS

N. Rodríguez García^a, M. Martínez Valero^b, B. de la Villa Zamora^c, I. Picó García^d, C. López Alarcón^e y L. González Torres^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Consultorio Los Dolores. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Murcia. ^fMédico de Familia. Hospital General Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años con AP de: HTA. DM2. Exfumador. Cardiopatía isquémica crónica estable y FA paroxística no anticoagulada. Consulta con carácter urgente en Atención Primaria por dolor torácico típico de 15 minutos de duración, disnea y taquipnea. Se realiza en el Centro de Salud ECG objetivando taquicardia ventricular. Se contacta con 112 que trasladan UME al CS. Ante la duda de taquicardia supraventricular con conducción aberrante, administran adenosina 6+12 mg y digoxina iv, sin producirse cambio en el ritmo derivándolo a Urgencias Hospitalarias. Allí al objetivar taquicardia ventricular monomorfa sostenida se realiza cardioversión eléctrica a 100 Julios efectiva pasando a ritmo sinusal. Posteriormente se inicia perfusión de amiodarona y suplementos de potasio y magnesio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física en CS: TA: 150/70. FC: 95. FR: 20. satO₂: 94%. T^a: 36 °C. MEG. Taquipneico. Mala perfusión periférica. ACP: rítmico con soplo sistólico panfocal. Crepitantes bilaterales hasta campos medios. MMII: edemas bilaterales hasta rodilla. No signos de TVP. Exploraciones complementarias en Urgencias: Analítica: Hemograma: normal. Bioquímica: CPK: 90. Trop I: 0,08. ProBNP 7.975. Gasometría venosa: pH: 7,29. pCO₂: 31. CO₃H: 15. Coagulación: INR: 1,75. ECG inicio: Taquicardia ventricular sostenida a 114 lpm. ECG tras CVE: ritmo sinusal a 90 lpm, BAV de 1^{er} grado. Rx tórax: cardiomegalia. Líneas de Kerley B.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca secundaria a taquicardia ventricular sostenida. Bloqueo AV de primer grado.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia supraventricular.

Comentario final: Las taquiarritmias ventriculares suponen más del 80% de las muertes súbitas. La mayoría se debe a fibrilación ventricular. Es crucial el diagnóstico diferencial de las TV (potencialmente malignas) frente a otras taquicardias de QRS ancho benignas. La etiología más frecuente de la TVMS es la cardiopatía isquémica crónica. Las formas sostenidas constituyen arritmias malignas, capaces de degenerar en FV y provocar muerte súbita. Es importante desde Atención Primaria la rapidez diagnóstica ante clínica de dolor torácico mediante una correcta anamnesis y exploración física y realización de ECG y la correcta activación del sistema de transporte para el traslado del paciente al hospital de referencia.

Bibliografía

1. Kaiser E, et al. Differential Diagnosis of Wide QRS Tachycardias: Comparison of two Electrocardiographic Algorithms. *Europace*. 2015;17:1422-7.

Palabras clave: Taquicardia ventricular. Atención primaria. Electrocardiografía.