



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Consultorio Los Dolores. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Murcia. <sup>f</sup>Médico 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. satO<sub>2</sub>: 94%. T<sup>a</sup>: 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. pCO<sub>2</sub>: 31. CO<sub>3</sub>H: 15. Coagulación: INR: 1,75. ECG inicio: Taquicardia ventricular sostenida a 114 lpm. ECG tras CVE: ritmo sinusal a 90 lpm, BAV de 1<sup>er</sup> 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.