

## 347/4327 - MI CORAZÓN PALPITA MUY RÁPIDO, DOCTORA

S. Sánchez Herrán<sup>a</sup>, M. Barroso Delgado<sup>b</sup>, B. Ricalde Muñoz<sup>c</sup> y M. Gómez García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. SUAP Corrales. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Doctor Morante. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Consultorio Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 75 años que avisa por mareo, caída al suelo y contusión sobre la zona occipital. Acudió a urgencias hace 8 días por FA rápida. Destacar como antecedentes personales, demencia de probable origen vascular, HTA, FA crónica, Ictus isquémico hemisférico izquierdo hace 7 meses tratado mediante fibrinólisis con leve secuela motora en ESD. Tratamiento apixabán 5, bisoprolol 2,5, omeprazol, furosemida. A su llegada a urgencias comenta palpitaciones.

**Exploración y pruebas complementarias:** C y O, BEG, Bn e H, TA 117/70, saturación de O<sub>2</sub> 99%. En ECG se objetiva TSV regular a 250 LPM que se intenta revertir con adenosina siendo los intentos fallidos. Ante la inestabilidad con TA 80/50 se procede a CV sincronizada que restaura a RS, 87 lpm, PR 0.2 seg, y BIRD. En ECG sugiere una vía accesoria oculta. Analítica sin datos a destacar. En TAC craneal no se objetiva isquemia aguda, hemorragia intracraneal ni lesiones que condicionen efecto expansivo. Dado su contexto clínico (demencia, vida limitada cama-sillón) no es tributario de abordaje más invasivo (EEF y ablación).

**Orientación diagnóstica:** TPSV.

**Diagnóstico diferencial:** Taquicardias por un aumento del automatismo o por mecanismos de reentrada. Pueden estar en relación con alteraciones metabólicas (hipertiroidismo, feocromocitoma), farmacológicas (B2 estimulantes), hipoxia (EPOC, TEP), miocardiopatías, ingesta enólica...

**Comentario final:** Sospechar siempre una arritmia cuando el paciente nos cuente palpitaciones, síncope, mareo o dolor torácico, ante una descompensación de una IC o datos de bajo gasto (astenia intensa, mala perfusión...). Interrogar por episodios previos, existencia de cardiopatía estructural y fármacos habituales. Hay que obtener TA, FC, saturación de O<sub>2</sub> y valorar estabilidad hemodinámica (descenso de TA 30 mm Hg o menor de 90/50, angor inestable, IC grave, shock). Los objetivos inmediatos son restauración del ritmo sinusal y un adecuado control de frecuencia (por los síntomas, la potencial inestabilidad hemodinámica y por riesgo de taquimiocardiopatía). La única prueba complementaria para el diagnóstico es un ECG. Y esto lo tenemos a nuestro alcance en atención primaria.

### Bibliografía

1. Guía sobre el manejo de urgencias en AP (COM Cantabria).

**Palabras clave:** Palpitaciones. Electrocardiograma. Demencia.