



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3892 - PREVINIENDO ACONTECIMIENTOS

F. Martínez Muñoz<sup>a</sup>, P. Fernández García<sup>b</sup> e I. Galindo Román<sup>c</sup>

<sup>a</sup>FEA Neumología. Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. <sup>b</sup>Facultativo Especialista de Área de Cardiología. Hospital Clínico de Málaga. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: hipertensión arterial. DM tipo 2. Dislipemia. ERC estadio 3 secundaria a nefroangioesclerosis. Wolf Parkinson White sin ablación de la vía accesorio por negativa pese recomendación de su MAP. Paciente de 83 años de edad que comienza con sensación de palpitaciones bien toleradas. Llega a servicio de urgencias por sus propios medios. En electrocardiograma a la llegada se objetiva ritmo irregular, rápido a 180 lpm, QRS ancho y aberrado. Todo ello compatible con FA con RVR preexcitada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Ligeramente taquipneica. Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos, taquicárdicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII sin edemas ni signos de TVP.

**Orientación diagnóstica:** Fibrilación auricular preexcitada. Síndrome Wolf Parkinson White. Durante su estancia en Área de observación la paciente presenta pérdida de conciencia objetivándose en el monitor ritmo de fibrilación ventricular, desfibrilándose. EKG basal: ritmo sinusal a 70 lpm, PR corto a 0,8 mseg, onda delta positiva en DI y negativa en V1, siendo positiva en el resto de precordiales. QT corregido normal. La paciente queda ingresada en UCI bajo tratamiento con propafenona oral 150 mg/12h sin más recurrencias aritmológicas.

**Diagnóstico diferencial:** Taquicardia ventricular.

**Comentario final:** La fibrilación auricular en el contexto de un WPW debe de ser considerada como una urgencia y ser tratada rápidamente. Si no hay inestabilidad hemodinámica el fármaco de elección es la procainamida, si la hubiera, lo indicado es la CVE. Es importante recordar que en una FA conducida por vía accesorio (preexcitación) no se deben administrar frenadores del nodo (calcioantagonistas, betabloqueantes, digoxina). Tampoco está indicada la amiodarona. La paciente había rechazado previamente la posibilidad de ablación de la vía accesorio planteada por su MAP precisamente para evitar esta situación ya que presentaba, por la edad, hipertensión arterial, sexo femenino... una alta posibilidad de desarrollar FA.

### Bibliografía

1. Almendral J, Castellanos E, Ortiz M. Update: Arrhythmias (V). Paroxysmal supraventricular tachycardias and preexcitation syndromes. Rev Esp Cardiol. 2012;65:456-69.
2. Bayes de Luna A. Electrocardiografía clínica, 7<sup>a</sup> ed. Barcelona: Permanyer; 2012; p. 209-20.

3. Baquero Alonso M, Rodríguez Martín AM, González Carnero R, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica en arritmias. Semergen. 2010;36:31-43.

**Palabras clave:** Fibrilación auricular. Wolf Parkinson White. Propafenona.