

347/1951 - MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA TAQUICARDIA DE QRS ANCHO

M. Fernández Garrido^a, J. Alonso Jerez^b, A. Martín García^c y J. Expósito López^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Realejos. Santa Cruz de Tenerife. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tejina. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Casco Botánico. Puerto de la Cruz. Santa Cruz de Tenerife. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Laguna-Geneto. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 77 años que acude al centro de salud por cuadro de disconfort torácico sin dolor, de una hora de evolución, no disnea, no clínica vegetativa.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 165/78, FC 148 lpm, Sat O2 94%, T^a: 36,5 °C, glucemia 160 mg/dl. BEG, C y O, ACP: RsCsRs sin soplos a alta frecuencia, murmullo vesicular conservado, no signos de insuficiencia cardiaca congestiva, leve dolor a la presión en cara anterior del tórax. EKG 12 Derivaciones: taquicardia de QRS ancho regular a 140 lpm.

Orientación diagnóstica: Taquicardia de QRS ancho en paciente hemodinámicamente estable.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia ventricular. Taquicardia supraventricular con conducción aberrada (bloqueo de rama). Taquicardia supraventricular preexitada. Flutter con conducción aberrante. WPW.

Comentario final: Ante una taquicardia de QRS ancho que comprometa hemodinámicamente al paciente el tratamiento de elección es la CV. En este caso dada la estabilidad de la paciente, debemos iniciar tratamientos que bloquen la conducción del nodo auriculoventricular con el fin de establecer el origen supraventricular o ventricular de la taquicardia. En este caso se optó por maniobras vagales cediendo la taquicardia y pasando a un ritmo sinusal a 60 lpm sin bloqueo de rama. La paciente fue trasladada al hospital para estudio. Ingresa en la planta de cardiología y se realiza estudio electro fisiológico, concluyendo como diagnóstico final: taquicardia intranodal típica (lenta-rápida) y BCRIHH de fase 3 (taquicardia-dependiente). Se realiza ablación de la vía lenta nodal. Al alta EKG en ritmo sinusal con HBAIHH, manteniéndose asintomática hasta la fecha de hoy. El diagnóstico de taquicardia de QRS ancho en AP nos puede plantear dudas, siendo la estabilidad hemodinámica del paciente clave para el manejo de este paciente. Si bien sabemos que toda TV inestable requiere CV, las estables en función de su origen requerirán un tratamiento específico: supraventricular bloqueo del NAV y ventricular amiodarona.

Bibliografía

1. AMF Actualización en medicina de familia. 2018;14(2).
2. Monsieurs KG, et al. Resuscitation. 2015;95:1-80.
3. Velilla J, et al. Emergencias. 2008;20:359-62.
4. Kaiser E, et al. Europace. 2015;17:1422-7.

5. García-Tejada J, Salguero R, Arribas F, et al. Fármacos antiarrítmicos. En: Merino Llorens JL. Arritmología clínica. Madrid: Momento Médico Iberoamericana s.l.; 2003: 233-54.

Palabras clave: Taquicardia de QRS ancho. Atención primaria. Maniobra vagal.