Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):11

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/42 - Doctor, ¡siento que se me va la vida!

K.P. Baldeón Cuenca[a], A. Nofan Maayah[b], V.E. Choquehuanca Núñez[c], M. García Aroca[d], A. Vásquez Sánchez[e], J. Sabino Serrano[f], A.J. Albarracín Contreras[g], L. Cotruta[h], M. Montes Pérez[i] y J. Villar Ramos[j]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Corrales de Buelna. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander. [d]Médico Residente de 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Dolores. Cartagena. [e]Médico de Familia; [h]Médico Residente de 1er año Cirugía General. Hospital Sierrallana. [f]Médico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Laredo. [g]Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. [i]Médico Residente de 1er año Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. [j]Médico Residente de 1er año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años acude al servicio de Urgencias Extrahospitalario de su localidad refiriendo molestia epigástrica, náuseas y sensación de "muerte inminente" de media hora de evolución. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, DM tipo 2. Cardiopatía isquémica: IAM. Miocardiopatía dilatada con FE 15%. Arteriopatía periférica grave: by pass aorto-bifemoral. ACVA lacunar hemisférico izquierdo. Ictus sensitivo talámico. Inicialmente se miden constantes habituales, se realiza exploración física y EKG que evidencia taquicardia ventricular precisando cardioversión eléctrica. El paciente se mostraba sudoroso, obnubilado con hipotensión, por lo que es trasladado a la Unidad Coronaria de su hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: T. A. 110/70 mmHg. FC 55 lpm. AC: rítmica, soplo eyectivo mitral, tercer ruido. AP: hipofonesis global. Resto de exploración anodina. ECG: taquicardia ventricular con morfología de BRI. Ondas Q en cara inferior con ST aplanado en dicha cara, I, aVL y lateral. Analítica: Hb 13,3, Hcto. 39,4, pico de troponinas 0,33. Bioquímica: glucosa 131, resto normal. Ecocardiograma: dilatación de ventrículo izquierdo con hipertrofia ligera excéntrica, escara inferior con hipoquinesia del resto de segmentos. Insuficiencia mitral grado II. FEVI 20%. Comentado el caso con la Unidad de Arritmias, se decide implantación de DAI como profilaxis secundaria.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular sostenida.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, infarto pulmonar, infarto de miocardio, pericarditis, esofagitis, rotura esofágica. Taquicardia con bloqueo de rama preexistente, taquicardia con bloqueo de rama funcional, taquicardia que conduce por vía accesoria anterógradamente.

Comentario final: En el ámbito clínico, y en las consultas de atención primaria en particular, deben realizarse las actividades preventivas y de detección temprana de los FRCV que están bien establecidas por la evidencia científica. El tabaquismo debe ser abordado y tratado con decisión,

más aún en el contexto actual legislativo favorable. La medición del riesgo cardiovascular facilita la toma de decisiones en la práctica clínica. El concepto de enfoque global del riesgo cardiovascular permite obtener una reducción del riesgo a través de la actuación sinérgica sobre los distintos FRCV en cada caso individual. El objetivo debe ser reducir la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular en el futuro, así como la pérdida de calidad de vida, discapacidad y mortalidad asociadas. Las taquicardias ventriculares (TV) durante la fase crónica del infarto de miocardio (IM) son debidas en la mayoría de los casos a un mecanismo de reentrada intramiocárdica relacionada con la cicatriz del infarto. Aunque en este contexto la isquemia puede actuar en algunos casos como desencadenante, normalmente no desempeña un papel primordial en su aparición, por lo que una adecuada revascularización o el tratamiento con fármacos antianginosos no evita el riesgo de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roa L, Monreal M, Carmona JA, Aguilar E, Coll R, Suárez C, en representación del Grupo FRENA. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular, Registro FRENA. Med Clin (Barc). 2010;134:57-63.

2. OECD Health Ministerial Meeting.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.