



## 160/1708 - Un caso de taquicardia engañosa en urgencias: ¿por qué un médico no debe seguir a ciegas un algoritmo? A propósito de un caso

S. García Moreno<sup>a</sup>, R. Bustamante Gómez<sup>b</sup>, S. Roldán García<sup>b</sup>, E. Fernández Contreras<sup>c</sup>, J.A. Márquez Cera<sup>d</sup> y M.E. Lapuerta Lozano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia en EPES (061). Servicio Provincial de Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla Sur. Sevilla. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer sordomuda de 47 años de edad, encontrada por su familia en sedestación e inclinada hacia adelante, con gran palidez, inquietud y mano “en garra” en región precordial. Había sido vista por su familia en condiciones basales por última vez hacía unas cuatro horas. Negaban síntomas en los días previos. Entre sus antecedentes personales encontramos una anemia microcítica en estudio, HTA y dislipemia, sin otros antecedentes de interés. Tras ser evaluada por su médico de familia, se nos requiere (061) para atención urgente al constatar importante taquicardia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con mal estado general, muy pálida, sudorosa, quejosa (sin poder articular palabra debido a su sordomudez), con aumento de trabajo respiratorio y tiraje, taquipneica, señalándose con la mano “en garra” el centro del tórax. A la auscultación destacaba importante taquicardia, rítmica, sin ruidos sobreañadidos, con auscultación pulmonar normal. El resto de la exploración fue normal. Saturación arterial del 98%, frecuencia cardiaca a 160 lpm, tensión arterial 160/90 mmHg, glucemia capilar 112 mg/dL. En electrocardiograma constatamos taquicardia supraventricular, sin otros hallazgos dignos de mención.

**Juicio clínico:** Taquicardia supraventricular, de etiología incierta. Probable ángor hemodinámico (con dificultad para obtener información por parte de la paciente).

**Diagnóstico diferencial:** En un inicio tuvimos que diferenciar si la taquicardia supuso la causa inicial de su cuadro (en cuyo caso estaríamos ante una taquicardia primaria con inestabilidad hemodinámica que requeriría, según la evidencia actual, cardioversión eléctrica como medida inicial) o secundaria (en cuyo caso, el tratamiento consistiría en el de la causa de la taquicardia. Entre estas causas podemos encontrar: infarto agudo de miocardio, angina hemodinámica, tromboembolismo pulmonar -si bien la paciente no había tenido cirugía previa, inmovilizaciones, tumores u otros factores de riesgo previamente-, edema agudo de pulmón o anemia intensa entre otros -en nuestro caso, finalmente, se confirmó esta última posibilidad analíticamente en el siguiente nivel asistencial).

**Comentario final:** Existe la tentación entre los médicos de familia que ejercemos en urgencias de habituarse a la “obediencia ciega al algoritmo” (llamamos así a la tendencia a tomar medidas terapéuticas en base a un algoritmo validado frente a un hallazgo clínico, sin tener en consideración la posibilidad de que ese hallazgo no sea más que una consecuencia y no la causa de la patología del paciente). En nuestro caso, colocando a la paciente en decúbito supino y administrando sueroterapia (sin necesidad de cardioversión eléctrica) conseguimos la normalización del ritmo cardiaco, lo cual nos habla de una causa secundaria de taquicardia (probablemente la intensificación de su cuadro anémico). Si hubiéramos cardiovertido a la paciente inicialmente, ante la sospecha de una taquicardia con inestabilidad hemodinámica, hubiéramos detenido los mecanismos fisiológicos necesarios para compensar el problema real de la paciente, con final probablemente deletéreo para la misma.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Almendral J, et al. Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. Rev Esp Cardiol. 2012;65(5):456-69.
2. Ferguson et al. Contemporary Management of Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. Circulation. 2003.
3. ACC/AHA/ESC Guidelines for de Management of patients with supraventricular tachycardias. Circulation. 2003;108:1871-909.