



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4327 - MI CORAZÓN PALPITA MUY RÁPIDO, DOCTORA

S. Sánchez Herrán^a, M. Barroso Delgado^b, B. Ricalde Muñoz^c y M. Gómez García^d

^aMédico de Familia. SUAP Corrales. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Doctor Morante. Cantabria.

^cMédico de Familia. Consultorio Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Cantabria. ^dMédico 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 O₂ 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 O₂ 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.