

CASO CLINICO

Dr. José Antonio Frías Fernandez*

La paciente A.F.G llamó una mañana al teléfono de la Consulta desde su habitación indicando que tenía sensación de "taquicardia". Le había sucedido otras veces. En ese momento no recordaba quien era la mencionada paciente, ni que dolencia la había traído al Balneario, por lo tanto inicialmente sólo le pregunté por su estado general, si se encontraba capacitada para acudir a la consulta a fin de atenderla teniendo ya delante su historial clínico.

En la **historia clínica** figuraba:

... Mujer, 72 años. Antecedentes personales: Pancreatitis en 1975. Posible AIT en 1994. Cuadros sincopales en relación a "taquicardias". Se recogió informe de insuficiencia aórtica y mitral leves. Está en tratamiento con Manidón 80 (en dosis que como muchas veces, se olvida apuntar en la historia). Otras patologías: sobrepeso.

Acudió al balneario por su poliartrrosis, en este caso, poco sintomática...

En la consulta de entrada al balneario, se le auscultó soplo sistólico multifocal sin apreciar alteraciones del ritmo. T.A. 150/90. No se recogían síntomas de insuficiencia cardíaca. (Indicó hacerse revisiones cardiológicas periódicas y tener los últimos análisis normales).

Motivo de consulta: La paciente se encontraba sin disnea, decía sentir taquicardia desde hacía unas 3 horas, que había comenzado después de su baño de burbujas. Sólo se encontraba un "poco inquieta". No dolor torácico.

Exploración física: buena coloración de piel y mucosas, eupneica, colaboradora y confiada. T.A 145/95. Auscultación cardíaca rítmica a 150-160 l/m. Auscultación respiratoria sin ruidos añadidos. Palpación abdominal normal. Resto sin alteraciones.

Al interrogarle nuevamente confesó que había dejado de tomar sus "pastillas" el día anterior y en ese día al notarse taquicardia, tomó una pastilla de Manidón 80.

El ECG efectuado en ese momento, muestra una taquicardia de 150 x' de R-R regular con QRS de 0.12 s (en el límite para poder definirla como taquicardia de QRS estrecho) con un retraso de conducción de rama derecha. No se ven las P. Con el diagnóstico de TPS (taquicardia paroxística supraventricular) hemodinámicamente bien tolerada hasta ese momento, se solicitó la presencia de una ambulancia medicalizada (UCI móvil) del Servicio Navarro de Salud. Se dispuso del material necesario para posibles complicaciones clínicas hasta la llegada del transporte sanitario.

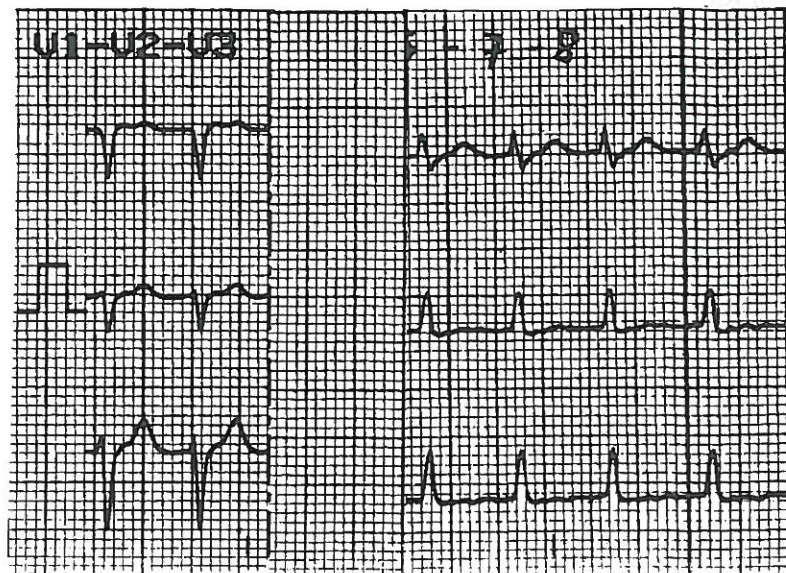
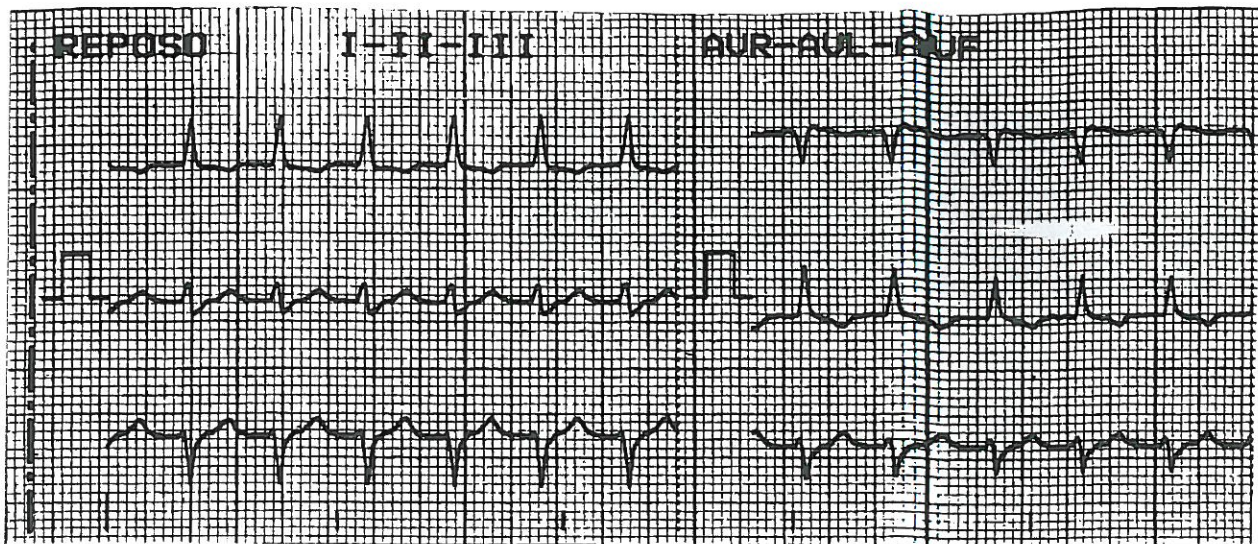
Llegada la UCI móvil, sin mover a la paciente de la camilla donde se encontraba se monitoriza, se coje vía y se le administró 5 mg de VERAPAMIL I.V.

Siguiendo la evolución de lo que ocurría en el monitor, en cuestión de unos 30 segundos se vió un ritmo sinusal normal. se presentó como único efecto secundario un rubor facial y sensación subjetiva de calor por parte de la paciente. Su T.A permaneció en todo momento en límites normales.

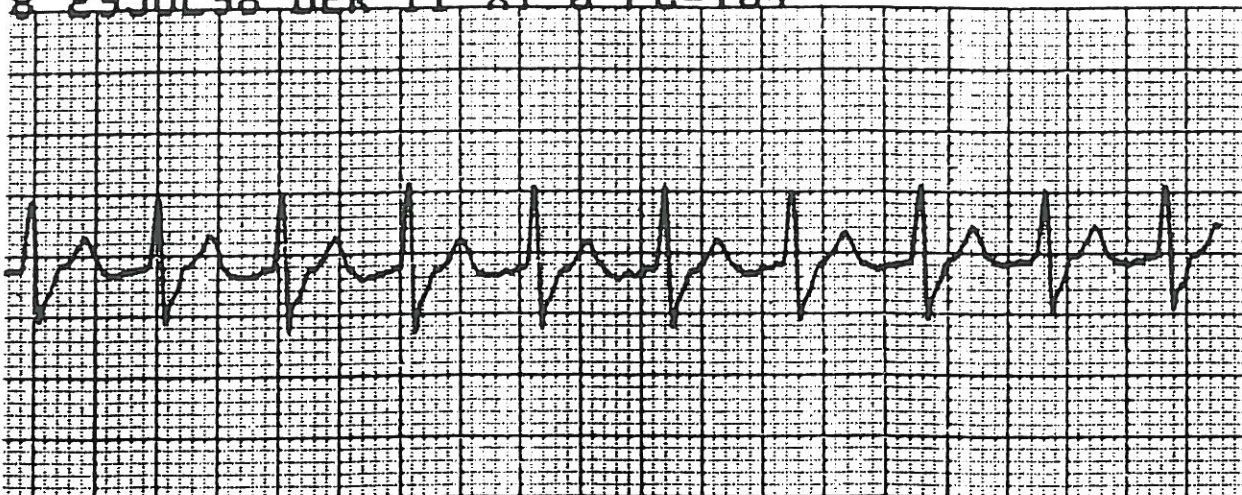
Se muestra el primer ECG efectuado en la Consulta y se aporta la tira de ECG donde se observa el transito a ritmo normal tras el tratamiento administrado y donde se contempla también una P mitral y bloqueo incompleto de rama derecha.

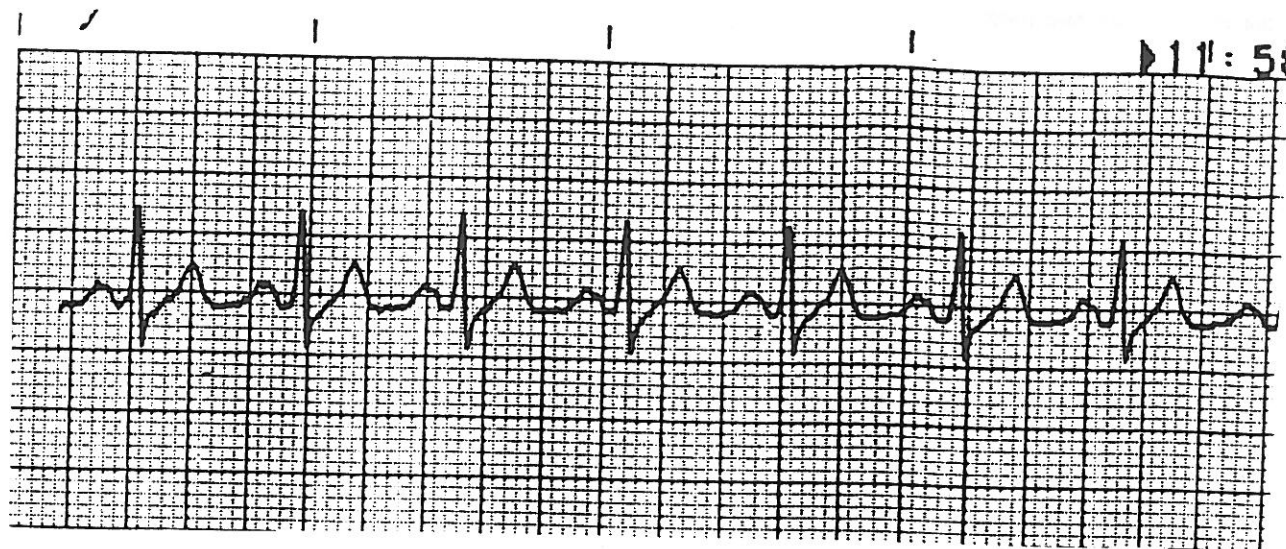
La paciente permaneció unas horas en nuestra consulta para control de constantes, se prescribió Manidón Retard 120 cada 12 horas, así mismo se interrumpió el tratamiento termal, aunque permaneció varios días más en el balneario, sin presentar ninguna otra complicación acudiendo a la consulta diariamente para control.

* Balneario de Fitero



8 29 JUL 98 DER II XI Ø FC=104





Comentario: La taquicardia paroxística supra-ventricular se suele tolerar bien hemodinámicamente incluso durante bastantes horas. No suele producir angor aún en personas de edad avanzada, siempre que no coexista con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca previa. Sin embargo esta situación es imprevisible y puede producir fallo de la bomba o del débito coronario en cualquier momento. Es por esto que su tratamiento ha de ser urgente y a poder ser con medios de reanimación avanzada al alcance.

Suele producirse por un mecanismo de reentrada de impulsos intranodal y a veces, se asocia con presencia de haz accesorio (Síndrome de W-P-W).

El tratamiento consiste en intentar maniobras vagales como masaje del seno carotideo o la maniobra de Valsalva. Fracasando esto, se puede administrar Atepodin (adenosina) 5 mg IV en bolo y si tampoco hay respuesta inyectar 10 mg (una ampolla). La otra opción, es administrar una ampolla de 5 mg de Manidon IV que se puede repetir si la primera dosis es ineficaz. El Verapamilo está contraindicado cuando hay

sospecha de IAM en curso o insuficiencia cardiaca severa de base así como, en antecedentes de bloque avanzado AV.

Todos estos tratamientos pueden producir complicaciones, si bien parece que son raras. Las de más temer son el bloqueo AV completo o la misma asistolia. Es por esto, es por lo cual aun estando nuestra paciente bien compensada clínicamente, se solicitó la presencia de medios humanos y técnicos suficientes para responder a estas posibles complicaciones.

En este caso no se consideró necesaria la hospitalización.

La causa estaba bastante clara, incumplimiento posológico en el fármaco que venía utilizando. ¿Quién no ha visto "vacaciones" de pastillas en los pacientes que acuden al balneario?

Quizá debemos plantearnos la "aburrida sistemática" de recordar a todos nuestros pacientes que acuden al Balneario, con tratamientos farmacológicos crónicos, que éstos deben respetarse, aunque estén haciendo la cura termal.