

## TAQUIARRITMIAS EN URGENCIAS

R. Tuñón Sánchez y F.J. García Solar

Servicio de Urgencias. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias.

### Introducción

Las taquiarritmias son una patología que se observa con frecuencia en un servicio de urgencias y, dada la masificación de éstos, es interesante disponer de un protocolo terapéutico sencillo que permita una mayor fluidez en dicho servicio.

Ha habido diversos intentos de clasificación de las arritmias, pero creemos que desde el punto de vista clínico la que más se aproximaría a la ideal sería aquella que incluyera: *a)* consecuencias hemodinámicas de las arritmias; *b)* significación pronóstica, y *c)* eficacia del tratamiento anticomicial<sup>1</sup>.

Nuestra clasificación para ajustar el protocolo terapéutico se va a basar en la amplitud del QRS. Así, taquicardia con QRS estrecho si la duración es menor de 0,12 seg y taquicardia con QRS amplio<sup>2</sup>.

### Objetivo

El objetivo de esta comunicación es presentar nuestro protocolo terapéutico para un hospital comarcal que no disponga de servicio de cardiología de guardia ni de unidad de cuidados intensivos.

### Material y métodos

En el período comprendido entre mayo de 1990 a abril de 1991 se estudiaron 39 pacientes que acudieron por primera vez al servicio de urgencias con un episodio de taquiarritmias (fig. 1). De los 31 pacientes, 21 (54 %) eran varones y los 18 restantes (46 %), mujeres (fig. 2), con una edad media de 58 años (límites: 27 a 87 años).

Todos los pacientes fueron valorados clínicamente con ECG, radiografía de tórax, hemograma y bioquímica en sangre (glucosa, urea, iones, etc.)

Posteriormente, los pacientes fueron remitidos a la consulta externa de cardiología.

### Resultados

El 46 % de los pacientes presentaban algún tipo de cardiopatía y/o HTA como antecedentes; 6 pacientes

estaban diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y siete habían presentado episodios previos.

El síntoma más frecuente con el que llegaban a urgencias eran las palpitaciones (69 %), le seguían dolor torácico (23 %) y disnea y mareos (33 %) (fig. 3).

En cuanto al diagnóstico de las taquiarritmias, fue el siguiente: TPS en 14 pacientes (36 %); fibrilación auricular en 17 pacientes (43 %); flúter auricular en cinco (13 %); taquicardia ventricular en dos (5 %), y taquicardia sinusal en un paciente (2,5 %) (fig. 4).

El protocolo terapéutico utilizado se basa en la morfología del QRS: si este es estrecho se utiliza digoxina y/o verapamilo de forma aleatoria, y si el QRS<sup>2</sup> es ancho o existe un diagnóstico previo de síndrome de preexcitación se emplea amiodarona<sup>4</sup>.

La digoxina fue el único fármaco que se utilizó en 15 pacientes, revirtiendo a ritmo sinusal el 46 % (7 pacientes). El verapamilo consiguió la reversión en el 100 % de los casos (5 pacientes).

La asociación de digoxina<sup>5</sup> y verapamilo<sup>6</sup> se empleó en 12 pacientes, revirtiendo a ritmo sinusal en 9 (75 %).

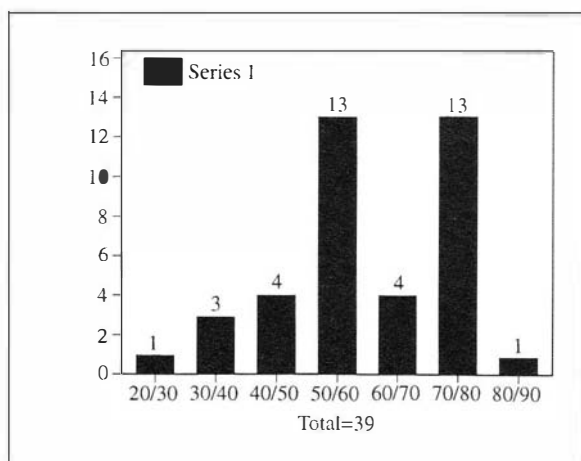


Fig. 1. Porcentaje de taquiarritmias según las distintas edades.

Correspondencia: Dr. R. Tuñón Sánchez.  
Servicio de Urgencias.  
Hospital Álvarez-Buylla. 33616 Mieres. Asturias.

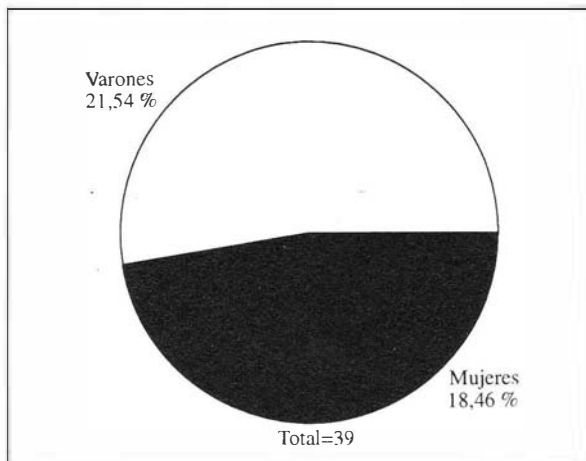


Fig. 2. Porcentaje de taquiarritmias según el sexo.

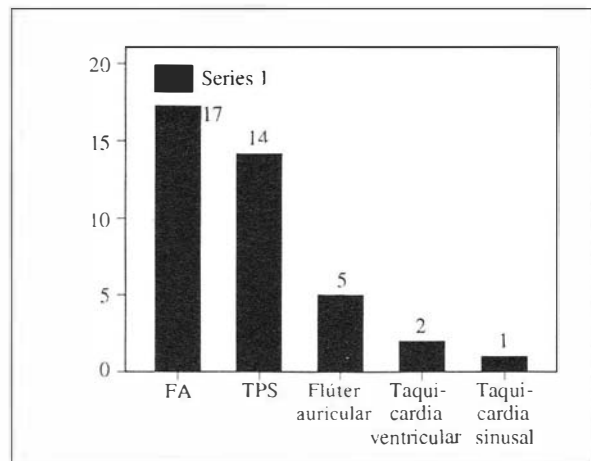


Fig. 4. Número de casos clasificados diagnósticos de taquiarritmias.

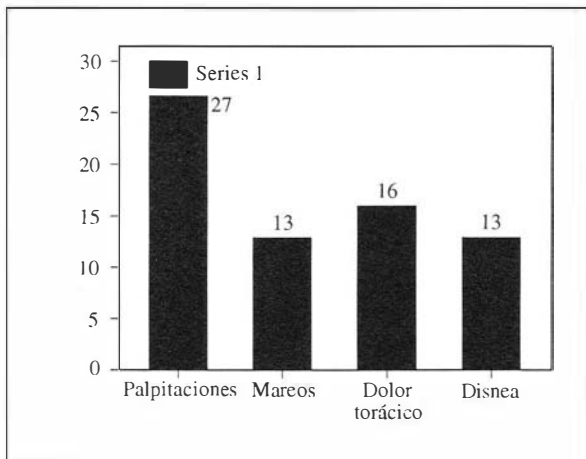


Fig. 3. Número de casos por los diferentes síntomas.

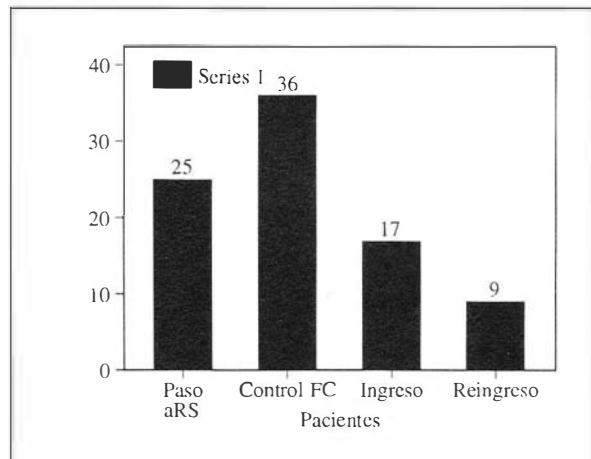


Fig. 5. Evolución de los pacientes.

La amiodarona logró la reversión en todos los casos utilizados (4 pacientes).

En 3 pacientes no se administraron fármacos. Dos con IAM y taquicardia ventricular precisaron cardioversión, y un tercero con flúter y obstrucción al flujo con hipoxemia grave se trató con O<sub>2</sub> y broncodilatadores.

No hubo complicaciones significativas, con buena tolerancia a la terapéutica. Ingresaron 17 pacientes (43 %) en relación con su patología de base y 9 presentaron un nuevo episodio de taquiarritmia durante el estudio (fig. 5).

### Conclusiones

1. Es necesario el seguimiento de un protocolo terapéutico en urgencias de un hospital comarcal sin atención cardiológica y sin UCI las 24 horas del día.

2. Creemos que los regímenes terapéuticos utilizados

son sencillos y útiles y se pueden realizar bajo monitorización en el servicio de urgencias.

### Bibliografía

- Bethge KP. Classification of Arrhythmias. J Cardiovasc Pharmacol 1991; 17 (supl. 6):513:519.
- Levy S. Diagnostic approach to cardiac arrhythmias. J Cardiovasc Pharmacol 1991; 17 (supl. 6):524-531.
- Miles WM, Prytowsky EN, Heger JJ, Zipes DP. Evaluation of patients with wide complex tachycardia. Med Clin North Am 1984; 68:1.015.
- Coumel PH, Lavalée JP, Athuel P. Amiodarona. En: Bayés A, Cosin J, eds. Diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardíacas. Barcelona. Ed. Doyma. 1978; 678.
- Méndez R. Los digitálicos. En: Bayés A, Cosin J, eds. Diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardíacas. Barcelona. Ed. Doyma. 1978; 716.
- Schelepper M. Verapamilo. En: Bayés A, Cosin J, eds. Diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardíacas. Barcelona. Ed. Doyma, 1978; 770.