



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



387/204 - ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UNA FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO

C. Iglesias Montalvo¹, M. Gómez García², R. López Gil³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años sin hábitos tóxicos, con FRCV HTA e hipercolesterolemia, sin otros antecedentes de importancia, derivada por su médico de atención primaria tras objetivarse en ECG una ACxFA no conocida. A su llegada a Urgencias cuenta que lleva una semana con sensación de palpitaciones, mal control de la tensión arterial, cefalea y aumento de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Niega dolor torácico, disnea paroxística nocturna o cortejo vegetativo asociado. Tampoco refiere clínica infecciosa respiratoria. No fiebre ni sensación distérmica. Al interrogar a la paciente, sí presentaba aumento de edemas en EEII. Sin clínica a otros niveles.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,2 °C, TAS: 188 mmHg, TAD: 125 mmHg, FC: 156 lpm, SATO₂: 99% basal. Buen estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas, normal coloración cutánea y de mucosas, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. No ingurgitación yugular, carótidas isopulsátiles, sin soplos. AC: taquicárdica, tonos arrítmicos, sin soplos. AP: MCV en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni megalias. RHA normales, PPR bilateral negativa. Edemas leves en mitad inferior de ambas piernas. Pulsos periféricos bilaterales y simétricos. No signos de TVP. Bioquímica: glucosa 108 mg/dL, urea 34 mg/dL, creatinina 0,67 mg/dL, Na 142 mEq/L, K 4,4 mEq/L, cloro 104 mEq/L, FG (CKD-EPI) 84 ml/min/1,73 m². TSH 2,56 mIU/L. Troponina 0,00 ng/ml. Hemograma: leucocitos 9.700/mm³, hemoglobina 14,3 g/dL, plaquetas 331.000/mm³, segmentados 73%, linfocitos 18,7%. Hemostasia: TP (actividad de protrombina) 98%, I.N.R. 1,02. TTPA 30 seg, TTPA control 30. Rx tórax: no derrame pleural. ICT normal. ECG en Urgencias: FA a 160 lpm. QRS estrecho, sin alteraciones del ST.

Juicio clínico: Primer episodio de ACxFA con repuesta ventricular rápida. Crisis hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca.

Comentario final: Ante un primer episodio de ACxFA es importante motorizar a la paciente y hacer una analítica que incluya enzimas cardíacas y TSH para descartar una causa secundaria que haya desencadenado la FA. En el caso de esta paciente se optó por una estrategia de control de la frecuencia cardíaca con digoxina (bolo de 0,5 mg y repetición de dosis de 0,25 mg ev cada 2 horas

hasta control de la FC, máximo de 1,5 mg). Además es importante calcular el riesgo embólico y el de sangrado usando los scores CHAD2DS2-VASc y HASBLED respectivamente, para decidir si el paciente necesita anticoagulación. Esto es importante ya que es lo único que ha demostrado mejorar el pronóstico en el manejo de la FA. El CHADS-VASc de la paciente era de 4 puntos, y el HASBLED de 1 punto, por lo que se decidió iniciar anticoagulación con apixabán 5 mg cada 12 horas. Se optó por un NACO ya que en ETT de abril de 2018 se descartaba patología valvular. Además se solicitó interconsulta al servicio de Cardiología para valorar a la paciente.

Bibliografía

Grasun A, et al. Taquiarritmias en el servicio de Urgencias. En Alonso Valle H, Andrés Gómez M, coord. Aproximación a la medicina de Urgencias, 3ª ed; p. 268-9.

<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-atrial-fibrillation>