



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

212/2019 - Doctora, me falta el aire

Y. Reverte Pagán^a, L. Blázquez González^a, M.C. Quesada Martínez^a, M. Almansa Rosell^a, R.L. Navarro Silvente^a, C. Espín Giménez^a, C.M. Cano Bernal^a, J.I. Giménez^a, A.B. Marín García^b y N. Martín Díaz^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vistabella. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta por disnea y palpitaciones de 8 días de evolución, con ortopnea de 2-3 almohadas, sin dolor torácico. También edemas maleolares de una semana de evolución. No cortejo vegetativo. Sin episodios similares previos. Niega tratamiento crónico y consumo de tóxicos. Decido pedir ECG, donde observo flutter auricular (FLA) con conducción 2:1 a 150 latidos por minuto, administro furosemida intravenosa, digoxina y derivo a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Frecuencia cardíaca 150, resto de constantes normales. Auscultación cardiopulmonar rítmica, taquicárdico, con crepitantes en ambas bases. Miembros inferiores con edemas maleolares con fóvea. En analítica destaca pro-BNP de 1338, enzimas cardíacas normales, y radiografía con pinzamiento de senos costofrénico y signos de redistribución vascular.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca secundaria a flutter auricular

Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular (FA), infarto agudo de miocardio silente, Insuficiencia cardíaca, FLA, taquicardia sinusal, extrasístoles ventriculares, ingesta de tóxicos.

Comentario final: El FLA tiene una prevalencia menor que la FA (1-2%) y es más inestable, ya que suele progresar a FA en muchos casos. Se produce por mecanismo de reentrada a nivel auricular. En éste paciente llama la atención que acudió caminando, con escasa disnea, y buen estado general, teniendo en cuenta que llevaba 8 días tolerando una arrítmica a 150 latidos por minuto. Debemos estar preparados para saber actuar en situaciones de Urgencia, como la de nuestro paciente. Tras la estabilización es dado de alta en FA con amiodarona y anticoagulado con apixaban, con intención de realizar una cardioversión posteriormente. Durante ese tiempo el seguimiento lo realizamos en atención primaria, y fue necesario añadirle al tratamiento betabloqueantes por mal control de frecuencia cardíaca. De ahí la importancia de seguimiento continuado de nuestros pacientes, ya que de no ser así posiblemente habría tenido que volver al Servicio de Urgencias en estado de insuficiencia cardíaca descompensada.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier, 2015:137-60.

Palabras clave: *Flutter. Insuficiencia cardíaca. Urgencia. Seguimiento.*