

424/3321 - ¿LA SOBRESATURACIÓN DE URGENCIAS INDUCE A LA BANALIZACIÓN DE LAS CONSULTAS?

A. Cid Cantarero¹, S. Moreno Cotes², M. Viladomiu³ y A. Ribalta Viñas⁴

¹Médico de Familia. EAP Sant Antoni. Manso. Barcelona. ²Médico de Familia. EAP Jaume Soler. Can Moritz. Cornellà. Barcelona.

³Médico de Familia. CAPSE. Barcelona. ⁴Enfermera. EAP Sant Antoni. Manso. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 37 años que acudió al Centro de Salud por síndrome febril desde hacía 3 días con tos y expectoración blanquecina. Se encontraba afebril y hemodinámicamente estable, orientándose como cuadro catarral desde la consulta de urgencias. Reconsultó 48 horas después por persistencia del malestar y fiebre, objetivándose taquicardia a 170 latidos por minuto (lpm), realizándose ECG que mostraba fibrilación auricular (FA), derivándose a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardiacos rápidos e irregulares. Murmullo vesicular conservado, con crepitantes en hemitórax superior derecho. Abdomen: anodino. Extremidades: sin edemas ni flebitis. ECG: FA con respuesta ventricular rápida a 170-180 lpm. Hospitalización: radiografía de tórax: infiltrado en tercio medio/superior de hemitórax derecho. Ecocardiograma transesofágico, descarta trombos y se procedió a cardioversión eléctrica, revirtiendo a ritmo sinusal con tendencia a bradicardia y PR corto, sin clara preexcitación. Analíticamente destacaba proteína C reactiva de 6,5 mg/dL, elevación de transaminasas, con tendencia a mejorar durante la hospitalización. Serologías negativas. RNM cardiaca, que mostró ligera dilatación del ventrículo izquierdo con ligera reducción de la contractilidad global (FEVI 47%, sin fibrosis, necrosis ni otras alteraciones destacables). Estudio electrofisiológico, con resultado normal, sin inducción de arritmias y con parámetros de conducción normales. Se interpretó el cuadro como un paciente que había presentado neumonía, sin aislamiento microbiológico, con fibrilación auricular rápida en este contexto, cardiovertida a ritmo sinusal, y que presentaba ecocardiograma y RNM con disfunción ventricular severa, que probablemente traducía una miocardiopatía incipiente, o bien una disfunción ventricular transitoria en el contexto de la infección aguda. Paralelamente también se detectó alteración del perfil hepático, en mejoría progresiva, posiblemente también en relación al proceso infeccioso.

Orientación diagnóstica: Neumonía. Fibrilación auricular.

Diagnóstico diferencial: Cuadro catarral. Neumonía. Taquicardia.

Comentario final: El paciente acudió a la consulta de urgencias de su centro de salud, siendo altado con diagnóstico de cuadro catarral por clínica. Únicamente se tomaron constantes inicialmente estando estable y afebril. En la mayoría de casos con presentación similar, éste será el diagnóstico final, pero la saturación en las consultas no debería inducir a la banalización de los cuadros y a la no realización de una exploración física en cada proceso.

Bibliografía

1. Casajuana J, coord. Gestión de lo cotidiano. Barcelona: Congresos y Ediciones Semfyc; 2016.

Palabras clave: Demanda aguda. Urgencias. Atención Primaria.