Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):30

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 204/146 - No nos olvidemos de la frecuencia cardíaca

*A. Albarracín Castillo[a], G. Suarez Sánchez[b], I. Robles Fernández[c], V. Martínez Gil[d], C. Astruga Tejerina[e], C.S. Santamaría Puente[f], M. Seco Calderón[g], J.M. Linio Mateos[h], M. Ramos Laguera[i] y P. Rodríguez Díaz[j]*

*[a]Médico de Familia. CS Dávila. Santander. [b]Médico de Familia. SUAP Cotolino II. Cantabria. [c]Médico de Familia. SUAP Alisal. Cantabria. [d]Técnico Superior de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Cantabria. [e]Médico de Familia. CS Los Castros. Santander. [f]Médico de Familia. CS Dobra. Cantabria. [g]Médico de Familia; [i]Enfermera. CS Dávila. Santander. [h]Médico de Familia. CS de Ramales. Cantabria. [j]Enfermera. Hospital Sierrallana.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años con antecedentes personales: fibrilación auricular (FA) diagnosticada hace un mes. HTA. Hiperuricemia. Obesidad. En tratamiento con: apixaban 5 mg (1-0-1), bisoprolol 2,5 mg (1-0-1), amlodipino 10/valsartán 160/hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0). Refiere disnea de 3 semanas de evolución, no dolor torácico, sensación de peso en el cuello, edema en piernas y tos seca. Vista hace una semana se dio alta con inhalador por broncoespasmo leve; presenta empeoramiento en las últimas 24 horas con disnea de reposo y ortopnea, se objetiva taquicardia > 150 lpm confirmada en ECG; al no disponer de monitor ni fármacos para control de la frecuencia cardiaca (FC) se realizan maniobras manuales vagales en espera de UVI móvil solicitada. Ingresa siendo difícil el control de la FC, tras probar varios fármacos, dan alta después de dos semanas con bisoprolol, diltiazem y digoxina; programan cardioversión eléctrica, pasando a ritmo sinusal con buena evolución en la actualidad.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 129/78, FC: 170 lpm, FR: 28 rpm, SatO2: 96%. No ingurgitación yugular. AC: arrítmica taquicárdica. AP: bien ventilada. Edema con fóvea en extremidades inferiores. Hemograma y bioquímica normal. Troponina 0,01. ECG: ACxFA a 183 lpm. Rx tórax: cardiomegalia, edema intersticial y en cisura.

**Juicio clínico:** ACxFA con respuesta ventricular rápida.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca, Tromboembolismo pulmonar, Crisis de broncoespasmo.

**Comentario final:** La FA, constituye la arritmia más frecuente. En las consultas de atención primaria el 6,1% de los pacientes que acuden la presenta, porcentaje que aumenta con la edad, el sexo masculino y la tensión arterial elevada. Estos pacientes presentan una elevada comorbilidad, con múltiples factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares asociadas. En cuanto a la FC en la FA se presenta de forma muy variable, sobre todo en pacientes sin tratamiento antiarrítmico, donde puede ser elevada, mientras que, con un tratamiento ajustado, la FA suele cursar con frecuencias dentro de la normalidad o incluso bajas. Cuando la FA cursa con FC > 110 lpm suele ser porque el paciente no tiene tratamiento, este no está optimizado, o por descompensación de otra patología

(infección respiratoria, anemia, hipoxemia). El control de la FC es siempre un objetivo terapéutico en la FA para aliviar los síntomas, impedir el deterioro hemodinámico y evitar la aparición de taquimiocardiopatía e insuficiencia cardiaca. En la última década, varios estudios han comparado las ventajas del control de la FC frente al control del ritmo exclusivamente, por lo que se convierte en la estrategia de elección, especialmente en ancianos, con elevada comorbilidad y baja probabilidad de mantener el ritmo sinusal a largo plazo. Sin embargo, el control de la FC no debe considerarse una alternativa excluyente al control del ritmo, sino que ambos son compatibles y deben realizarse de modo conjunto.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH et al. Guidelines for the management of atrial Fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2010;31:2369-429.

2. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347:1834-40.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.