



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/190 - La oportunidad es oro, el paciente poco frecuentador en atención primaria

I. Abascal Sañudo^a, A.J. Albarracín Contreras^b, C. Carpintero Antoñán^c, M. Gutiérrez Parra^a, R. Maye Soroa^d, O. Casanueva Soler^d, M. Anta Fernández^e, A. Arroyo Soto^f, N. Villegas Zambrano^f y M. Portilla Mediavilla^g

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saja. Cabezón de la Sal. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatió. Cantabria. ^eMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^gMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Puebla. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años que niega hábitos tóxicos, antecedentes personales de interés o tratamiento habitual que acude a la consulta acompañando a su padre al que acaban de dar de alta del hospital tras detectarle una fibrilación auricular. Cuando acaba la consulta con su padre, expresa su preocupación porque hace muchos años en un electrocardiograma le dijeron que tenía una arritmia que no sabe especificar, y habitualmente se nota el pulso irregular. Niega otros síntomas. Está preocupado que pueda tener lo mismo que su padre.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, normotenso, auscultación cardíaca taquicárdica, arrítmica, no se escuchan soplos. Por lo que sobre la marcha se realiza electrocardiograma donde se objetiva ritmo sinusal con rachas de taquicardia auricular y algún extrasístole aislado con morfología de bloqueo de rama derecha. Se pide analítica, que es totalmente anodina y se le envía a la consulta de cardiología donde se completa estudio con ecocardiograma en el que se observa FEVI en el límite bajo de la normalidad, sin valvulopatías y cavidades de tamaño normal. En la ergometría, donde alcanza 220 lpm a los 4'30'' se objetiva alternancia de ritmo sinusal y taquicardia auricular, siendo compatible con taquicardia auricular incesante por lo que se decide realizar estudio neurofisiológico y valorar ablación. Se confirma el diagnóstico, aplicando radiofrecuencia en la zona del ostium de las venas pulmonares inferiores derechas en aurícula izquierda donde se observa la precocidad máxima, cediendo completamente. Antiagregación con AAS 300 mg en el mes posterior al procedimiento.

Juicio clínico: Taquicardia auricular focal originada en aurícula izquierda.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia sinusal, taquicardia auricular multifocal o ritmo caótico, arritmias auriculares por macroreentrada o flutter auricular o fibrilación auricular.

Comentario final: Las taquicardias auriculares focales son generalmente paroxísticas y autolimitadas pero en algunos pacientes pueden ser frecuentes, incluso incesantes que pueden llevar a disfunción del ventrículo izquierdo. El 46,3% de los pacientes no acuden a su médico de Atención Primaria en un año, predominando los hombres, jóvenes, sin enfermedades crónicas, siendo de especial importancia en ellos el manejo adecuado y el aprovechamiento de las visitas, así como el trabajo en la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kistler P. Focal atrial tachycardia. Uptodate, 2016.
2. Rivera Casares F, Illana Mayordomo A, Oltra Benavent A, et al. Características de los pacientes que no utilizan las Consultas de Atención Primaria. Gaceta Sanitaria. 2000;14(2).