



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/76 - Otras formas de abordar FA rápida

A. Robles Amieva^a, D. López Fernández^b, R. Hernando Fernández^c, C. de León Rivas^d, A. González San Emeterio^d, L. Gómez Sánchez^e, C. Fernández Pereda^b, B. Saiz Santos^a, J. Villar Ramos^b y A. Blanco García^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alisal. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Monovar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 78 años. Antecedentes personales: HTA, DLP, ACxFA paroxística con rachas de respuesta ventricular rápida. Tratamiento previo con amiodarona con intención de mantener ritmo sinusal, sin éxito, por lo que se decidió anticoagular sin intención de cardioversión. Tratamiento: simvastatina, enalapril, Seguril, Sintrom, bisoprolol. Acude al servicio de urgencias por episodio de palpitaciones, de inicio 3 horas antes, sin dolor torácico disnea asociado. No oliguria, DPN ni ortopnea. No clínica infecciosa asociada.

Exploración y pruebas complementarias: TA 145/80, FC 140, SatO₂ 98%, FR 12, T^a 36,4 °C. BEG. Consciente y orientada. Impresiona nerviosismo/ansiedad. NHNCNP. No IY. ACP: arrítmica, sin soplos. Buena ventilación bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias, no soplos. EEII: No edemas ni signos de TVP. Neurológica: sin signos de focalidad. ECG: ACxFA con RV a 140 lpm, sin alteraciones visibles de la repolarización. RxTx: no condensaciones, derrame, signos de redistribución vascular ni cardiomegalia. Bioquímica y hemograma: dentro de la normalidad. Se monitoriza a la paciente. Dada la estabilidad hemodinámica, y los antecedentes de la paciente, se decide únicamente controlar el ritmo, pero dado el estado ansioso que presentaba la paciente, se decidió iniciar tratamiento con diazepam 10 mg vo. A los 30 minutos, el ritmo es sinusal, a 80 lpm.

Juicio clínico: ACxFA con RV rápida.

Diagnóstico diferencial: ACxFA con RV rápida/taquiarritmia secundaria a IC o otra patología (isquemia cardiaca, anemia, infección...).

Comentario final: En el diagnóstico de una descompensación de ACxFA crónica o paroxística con RV rápida hay que descartar inicialmente causas que puedan estar produciendo la elevación del ritmo cardiaco (infecciones, descompensaciones tiroideas, fallo cardiaco, otras alteraciones de la conducción cardiaca...) en cuyo caso habría que tratar la causa subyacente. Una vez descartadas otras etiologías, se decidirá si la actitud será la cardioversión (48h o inestabilidad hemodinámica) o únicamente el control del ritmo, objetivo en nuestro caso. Las opciones terapéuticas principales son β -loqueantes, calcioantagonistas o digoxina, individualizando la decisión en función de las características de cada paciente (fallo cardiaco, respuestas previas, tratamiento de base, edad...), sin olvidar que toda taquicardia, incluida ACxFA, puede ser secundaria a estado de nerviosismo. Dada la estabilidad y el buen estado general de la paciente, nos permitió hacer

tratamiento empírico ansiolítico, consiguiendo con ello el control de la frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llisteri Caro JL, Aicart Bort MD, Romero Vigara JC, eds. Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al residente de medicina familiar y comunitaria. SEMERGEN, 2015.
2. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, ed. Aproximación a la medicina de urgencias, 2ª ed. Guarnizo, 2014.