



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3679 - ARRITMIA NERVIOSA

G. Alcantara López-Sela<sup>a</sup>, S. Gago Braulio<sup>b</sup>, J. Novas Moreno<sup>c</sup> y M. Peinado Reina<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 64 años, AP trastorno ansioso depresivo, bronquiectasias en LSI, TBC residual y disfunción ventilatoria restrictiva. Consulta por tos con expectoración clara, de un día de evolución. Se acompaña de congestión nasal y fiebre termometrada de hasta 37,8 °C. Refiere dolor centrotorácico tipo “escozor” y punzada, no irradiado. No disnea. Ha comenzado en ese mismo día, tratamiento con montelukast y formoterol inhalado (pautado por Neumología). Tras leer el prospecto, ha comenzado con clínica de nerviosismo, palpitaciones y empeoramiento de la sintomatología. Además se encuentra más estresada por problemas familiares.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. VOC. NH. NP. NC. Eupneica en reposo. Tolera el decúbito. AC: rítmica, controlada, sin soplos. AP: mvc, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen sin alteraciones. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. - Hemograma: neutrófilos 8,9 mil/mm<sup>3</sup>, linfocitos 0,4 mil/mm, resto normal. Coagulación y bioquímica sin alteraciones. Radiografía tórax: ICT normal, SCF libres, no imagen condensación en parénquima pulmonar. ECG: RS 110 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones aguda de la repolarización. ECG: FA a 160 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. CHAD2VASC 1.

**Orientación diagnóstica:** Primer episodio de fibrilación auricular paroxística, en contexto de hiperreactividad bronquial.

**Diagnóstico diferencial:** Extrasístoles auriculares. Flutter. Latidos ventriculares ectópicos. Taquicardia sinusal.

**Comentario final:** Tras exploración física y realización de primer ECG es diagnosticada de crisis de ansiedad e hiperreactividad bronquial, por lo que pautamos tratamiento con aerosolterapia y alprazolam sublingual. Al reevaluar a la paciente, refiere mejoría clínica aunque continúa con palpitaciones. En AC se encuentra arrítmica, por lo que se realiza otro ECG donde se aprecia FA a 160 lpm. Se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio y tratamiento. En hospital, revierten a RS tras CV farmacológica con amiodarona. Posteriormente ha sido valorada por Cardiología donde pautan amiodarona + edoxabán. La FA es la arritmia crónica más frecuente. La trascendencia de esta arritmia radica en sus implicaciones pronósticas y en la morbimortalidad que genera en forma de ictus, tromboembolia e insuficiencia cardiaca; de ahí la importancia de realizar

un diagnóstico temprano e iniciar tratamiento de forma precoz.

### **Bibliografía**

1. Fibrilación auricular. Revisión de un cardiólogo para la Atención Primaria. Medicina de familia SEMERGEN. 2004;(7).
2. Comité Directivo de AF AWARE AFIP. Guía AFIP.Paris, 2011.

**Palabras clave:** Palpitaciones.