



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

A. Cid Cantarero<sup>1</sup>, S. Moreno Cotes<sup>2</sup>, M. Viladomiu<sup>3</sup> y A. Ribalta Viñas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. EAP Sant Antoni. Manso. Barcelona. <sup>2</sup>Médico de Familia. EAP Jaume Soler. Can Moritz. Cornellà. Barcelona. <sup>3</sup>Médico de Familia. CAPSE. Barcelona. <sup>4</sup>Enfermera. 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.