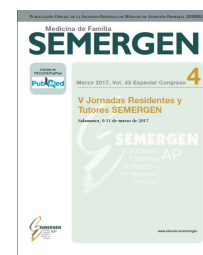




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/294 - FIBRILACIÓN AURICULAR. HASTA DÓNDE PODEMOS LLEGAR EN PRIMARIA

A. de Dios Vicente^a, I. Riera Carlos^b, P. Vicente Andrés^c y M. del Río García^a

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^bMédico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años, hipertensa en tratamiento con ramipril 5 mg, que acude a la consulta de AP por malestar general de 4 días de evolución. En el momento actual asintomática. No refiere haber tenido clínica de insuficiencia cardíaca, no clínica respiratoria, no palpitaciones, ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: La auscultación cardíaca es arrítmica, sin soplos. Resto de la exploración física y exploración neurológica sin hallazgos. En el ECG se objetiva fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida (130 lpm), no conocida previamente, eje QRS 30°, sin alteraciones en la repolarización.

Juicio clínico: FA con respuesta ventricular rápida de reciente diagnóstico.

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

Comentario final: Ante FA asintomática de reciente diagnóstico, sin datos de gravedad, se decide iniciar tratamiento con bisoprolol 2,5mg para control de frecuencia cardíaca y Sintrom por CHADS2-VASc = 3. Se solicita consulta con Cardiología de forma ordinaria para estudio complementario. La FA es la arritmia más prevalente y un diagnóstico frecuente en las consultas de primaria, por lo que es obligado que el MAP conozca hasta dónde puede manejar la arritmia en su consulta y cómo hacerlo. En AP se pueden manejar las FA incidentales (asintomáticas) y las sintomáticas de más de 48h de evolución que no tengan criterios de gravedad, mediante 3 objetivos terapéuticos: 1. Control de frecuencia cardíaca (< 110 lpm): betabloqueantes. Si cotraíndicados: verapamilo o diltiazem. Si no se llega al objetivo, asociar digoxina. 2. Prevención de accidentes tromboembólicos: anticoagular si CHADS2-VASc > 1. Si CHADS2-VASc = 1 individualizar según riesgo de sangrado (HAS-BLED). 3. Control de ritmo: en menores de 65 años. Derivar a cardiología para estudio.

Bibliografía

1. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation--developed with the special contribution of the European Heart Rhythm

Association. *Europace*. 2012;14:1385.

2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(1):50.e1-e84.