



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/277 - PALPITACIONES

J. Parra Jordán^a, S. Pini^b, R. López Sánchez^c, A. Azagra Calero^d, S. Neila Calvo^e y M. Montes Pérez^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.

^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

^eAdjunto de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Maliaño. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años que acude a la consulta por palpitaciones. No fumador, no consumo de alcohol. IQ: ninguna. Tratamiento habitual: ninguno. Refiere hace 24 horas mareos y sensación de como si fuese a coger un catarro. Dice estar pasando mucho estrés en su trabajo. Por la mañana, tras esfuerzo, notó palpitaciones de 15 segundos de duración sin dolor torácico ni cortejo vegetativo. Se repite mismo cuadro a la media hora.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 149/90, Frecuencia cardiaca: 140. Consciente. Eupneico, bien perfundido. SatO₂: 99%. CyC: PVY normal. Tórax: ACP: normal. Ruidos cardiacos arrítmicos sin soplos. Abdomen: normal. EEII: no edemas ni datos de TVP. Pulsos distales presentes. Bioquímica: función renal normal. Pruebas hepáticas normales. Iones normales. Hemograma: 6.500 leucocitos, fórmula normal. Hb 14,7 g/dl. Coagulación: normal. Troponina y TSH: en rango normal. ECG: No se observan ondas P ni ondas F, a 140 lpm. PR normal. Eje -30°. QRS: 0,16 QTc: 0,50. No alteraciones en la repolarización. Rx tórax: índice cardior torácico normal. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo ligeramente hipertrófico. Fracción de eyección: 55%. No valvulopatías. No derrame pericárdico.

Juicio clínico: Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida de reciente comienzo.

Diagnóstico diferencial: Flutter auricular. Hipertiroidismo.

Comentario final: A pesar de los progresos en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular, esta arritmia sigue siendo una de las más importantes causas de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, muerte súbita y morbilidad cardiovascular en todo el mundo. En nuestro caso, el paciente en todo momento presentó estabilidad hemodinámica y se decidió optar por control de ritmo cardiaco con amiodarona 300 mg IV en bolo y luego perfusión en 24 horas. Tras la misma, no revierte a sinusal pero mantiene frecuencia cardiaca en torno a 90 lpm. El siguiente paso fue programar cardioversión eléctrica en 3 semanas y dado de alta con anticoagulantes orales directos y tratamiento betabloqueante. Tras este tiempo, visto en la consulta de Cardiología el paciente se encuentra asintomático, con una frecuencia cardiaca de 90 y por

presentar una escala de CHA2DS2VASc: 0 se decide suspender anticoagulación y tratamiento betabloqueante, citándolo posteriormente en 3 meses para control.

Bibliografía

1. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, Gillum RF, Kim YH, McAnulty JH Jr, Zheng ZJ, Forouzanfar MH, Naghavi M, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. *Circulation*. 2014;129:837-47.
2. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. A population-based study of the longterm risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med*. 2002;113:359-64.
3. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med*. 2007;146:857-67.