



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 423/167 - DEMASIADOS CÍTRICOS

I. Ramiro Bejarano<sup>1</sup>, A. Álvarez Madrigal<sup>1</sup>, E. Santos Ferreras<sup>1</sup>, P. Fernández de la Mata<sup>1</sup>, F. Pérez Crespo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente 4º año MFyC. Centro de Salud José Aguado II. León. <sup>2</sup>Adjunto MFyC. Centro de Salud José Aguado II. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 74 años, acudió a consulta de atención primaria refiriendo astenia y alopecia de una semana de evolución. Antecedentes: HTA, DM2, DL, obesidad, ERC estadio 3-4 (FG 27-31) sin seguimiento por nefrología. SAHS graves. Asma bronquial. Tratamiento: olmesartán 20 mg, insulina glargina 28 UI, pantoprazol 40 mg, risedronato 75 mg, montelukast 10 mg, pitavastatina 4 mg, canagliflozina 100 mg. En analítica solicitada en atención primaria se objetivaba potasio 7 mg/dl, por lo que se derivó a urgencias hospitalarias para valoración y tratamiento. FG 24. Resto de analítica normal. Rehistoriando a la paciente: realizaba inconscientemente una dieta rica en potasio: plátanos dos a la semana y diariamente dos kiwis, un zumo de naranja y un zumo de limón.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 130/80 FC50, afebril. AC: arrítmica, Soplo sistólico FAo III/IV. No signos congestivos. ECG RS a 50 lpm, BAV grado 2 tipo Wenkebach QRS estrecho, eje normal sin alteraciones en la repolarización. Tras corrección hidroelectrolítica en urgencias, no revierte la alteración de ECG, se interconsulta a nefrología que indica dieta de protección renal (pobre en potasio), bicarbonato 2 g/día y sustituye olmesartán por barnidipino 10 mg.

**Juicio clínico:** Bloqueo AV de segundo grado tipo Wenckebach. Hiperpotasemia.

**Diagnóstico diferencial:** ERC agudizada. Hipotiroidismo. Anemia. Efecto secundario farmacológico.

**Comentario final:** Los bloqueos AV de primer grado y de segundo grado de tipo I no parecen afectar a la supervivencia, suelen asociarse a oclusión de la arteria coronaria derecha y son inducidos por isquemia del nódulo AV. El bloqueo AV de segundo grado de tipo I no requiere tratamiento específico cuando la frecuencia ventricular supera los 50 latidos/min, en ausencia de insuficiencia cardíaca y bloqueo de rama. No obstante, si aparece alguna de estas complicaciones, o con frecuencia cardíaca por debajo de 50 latidos/min y el paciente sintomático, se ha de aplicar tratamiento inmediato con atropina (0,3-0,6 mg). Los sistemas de electroestimulación temporal casi nunca son necesarios en el tratamiento de esta arritmia. Siempre hay que solucionar la posible causa de bloqueo: intoxicación digitalítica, utilización de fármacos betabloqueantes, alteraciones hidroelectrolíticas. Los pacientes con insuficiencia renal deben ser instruidos en cuanto a la dieta que deben llevar de protección renal y evitar en ellos, el uso de fármacos nefrotóxicos.

### Bibliografía

Mega JL, Morrow DA. Braunwald. Tratado de cardiología; p. 1095-154.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de urgencias: guía terapéutica, 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2014.

Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastina M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asin MA, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: Univadis; 2012.