Semergen. 2016;42(Espec Congr 9):27

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

199/81 - ¿Y SI PENSAMOS EN LOS IONES?

C. Aznar Zamora[a], E. Correa Montojo[b], M. Naranjo Ratia[c], M. Ramírez Narváez[b], M. Muñoz González[d] y A. Zarallo Pérez[d]

[a]Médico Residente de 3er año; [d]Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Roldán Moreno. San Fernando. Cádiz. [b]Médico de Familia. Dispositivos de Apoyo. Área Sanitaria San Fernando. Cádiz.[c]Médico de Familia. Distrito Sanitario Bahía Cádiz-La Janda. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes personales: HTA, dislipemia y diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica en diálisis, hipotiroidismo secundario a amiodarona, fibrilación auricular paroxística, cardiopatía isquémica. Tratamiento habitual: AAS, clopidogrel, sintrom, pantoprazol, metoprolol, amlodipino, nitroglicerina, ranexa, levotiroxina e insulina. Comienza con deterioro progresivo del estado general, con aumento de su disnea de horas de evolución y aumento de secreciones respiratorias, sudoración, palidez y cianosis labial. Se toma cafinitrina sl y se dispone a ir a su sesión de diálisis, pero al presentar empeoramiento de sus síntomas iniciales y desvanecimiento, llaman al servicio de urgencias, siendo atendida en vía pública.

Exploración y pruebas complementarias: Disminución del nivel de conciencia, palidez mucocutánea, sudorosa, cianosis labial, normohidratada, disneica, tiraje. Auscultación cardiopulmonar: MVC con crepitantes bibasales, tonos bradiarrítmicos sin soplos audibles. Abdomen: anodino. MMII: no palpo pulso radial, carotideo bilateral conservado. Ligeros edemas bilaterales con fovea. No signos de TVP. Exploración neurológica: PINRLA, disminución del nivel de conciencia, sin otros déficits añadidos. TA: 90/50. FC: 25-30. FR: 8-10. Glucemia: 205. Glasgow: 14/15. SatO2: 90% basal. ECG: fibrilación auricular lenta vs fibrilación auricular bloqueada, alteraciones inespecíficas del ST. Canalizamos vía venosa periférica con suero fisiológico iv, administramos oxigenoterapia y colocamos marcapasos extracorpóreo a 60 lpm. Presenta mejoría progresiva tras implantación de marcapasos, permaneciendo estable a llegada al hospital. A su llegada al mismo se realiza control analítico, destacando hemoglobina de 9.9 y potasio de 7. Valorada por el servicio de UCI que decide implantación de marcapasos transitorio y realizar diálisis. Tras hemodiálisis se normaliza la hiperpotasemia, la paciente no presenta alteraciones del nivel de conciencia y se encuentra en ritmo propio a 65 lpm, no precisando marcapasos definitivo al haber sido corregida la causa principal.

Juicio clínico: Fibrilación auricular bloqueada. Bradicardia sintomática secundaria a hiperpotasemia por insuficiencia renal en diálisis.

Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular lenta. Fibrilación auricular bloqueada con repercusión hemodinámica. Bradicardia secundaria a la toma de ?-bloqueantes.

Comentario final: En el caso que nos aborda destacamos la Importancia que tienen las causas reversibles de PCR, como son los trastornos electrolíticos, en este caso hiperpotasemia, ya que esta paciente podría haber evolucionado a BAV completo y asistolia. También el identificar signos y síntomas de repercusión hemodinámica a la hora de indicar con celeridad el uso de terapias eléctricas. El manejo e interpretación del

ECG nos ayuda a plantear los posibles diagnósticos diferenciales, como en este caso entre una FA lenta o FA bloqueada, que influirían en la progresión del episodio, así mismo, realiza una anamnesis dirigida del episodio, para una adecuada orientación diagnóstica y posterior elección de tratamiento eficaz. En este caso la insuficiencia renal en diálisis, nos obliga a incluir los trastornos electrolíticos entre las posibles etiologías. Recordar además que esta paciente también refirió dolor torácico opresivo y se tomo una cafinitrina sl, si no encontramos una buena respuesta tras implantación de MP tal vez habría que pensar en un proceso isquémico añadido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alzueta J, Asso A, Quesada A. Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. XI Informe Oficial de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología (2014). Rev Esp Cardiol. 2015;68:996-1007.

2. Weiss R, Knight BP, Gold MR, Leon AR, Herre JM, Hood M, et al. Safety and efficacy of a totally subcutaneous implantable-cardioverter defibrillator. Circulation. 2013;128:944-53.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.