



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/81 - ¿Y SI PENSAMOS EN LOS IONES?

C. Aznar Zamora<sup>a</sup>, E. Correa Montojo<sup>b</sup>, M. Naranjo Ratia<sup>c</sup>, M. Ramírez Narváez<sup>b</sup>, M. Muñoz González<sup>d</sup> y A. Zarallo Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año; <sup>d</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Roldán Moreno. San Fernando. Cádiz.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Dispositivos de Apoyo. Área Sanitaria San Fernando. Cádiz. <sup>c</sup>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 si 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, disnea, 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.