



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3417 - Cuando la gastritis no cede...

M. Pla Berdier<sup>a</sup>, À. Casaldàliga Solà<sup>a</sup>, N.V. Bazante Almeida<sup>b</sup>, R.A. Hernández Ríos<sup>c</sup>, A.R. Abril Gamboa<sup>c</sup>, J.J. Santos García<sup>c</sup>, M. Muelas Fernández<sup>d</sup>, E. Bayard<sup>e</sup>, M. Royuela Juncadella<sup>d</sup> y J. Aligué Capsada<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa 4. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Plaça Catalunya. Manresa. <sup>c</sup>Médico Residente. CAP Manresa 2. Manresa. <sup>d</sup>Médico Residente. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. <sup>e</sup>Médico Residente. CAP Súria. Súria. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 88 años que consulta en Primaria por vómitos y astenia de 5 días. Se administra tratamiento sintomático sin mejora de la clínica, por lo que es derivada a Hospital de día para valoración. Como antecedentes patológicos destacados presenta varios episodios de oclusión y suboclusión intestinal, hernia de hiato y ACxFA paroxística (2009) tratada con amiodarona 200 mg/día × 5 días/semana, digoxina 0,25 mg al día, acenocumarol 1 mg según pauta y bisoprolol 2,5 mg/día.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 142/64, FC 55 lpm, T<sup>a</sup> 36,2 °C, SatO<sub>2</sub> 96%. Paciente consciente y con tendencia a la somnolencia. Hemodinámicamente estable, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, tonos cardíacos rítmicos, abdomen anodino. Edemas bimaletolares. EKG: ritmo sinusal a 60 lpm, AQRS -30°, PR alargado 0,44, bloqueo AV 1<sup>er</sup> grado, Q en cara anterior (ya en ECG previos), infradesnivel ST V5-V6, no cubeta digitalica. AS: urea 62, creat 1,31, FG 36,38, PCR 6,6, digoxina 7,41. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda con fracción de eyección conservada, insuficiencia mitral severa, insuficiencia aortica moderada. AS alta: urea 43, creat 0,94, FG 54,34. Digoxina 0.

**Juicio clínico:** Se orienta como intoxicación digitalica.

**Diagnóstico diferencial:** Patologías de base de la paciente, proceso infeccioso/neoplásico, gastritis aguda, fármacos.

**Comentario final:** Se ingresa la paciente en semicríticos para monitorización y forzar aclarado del fármaco, con implantación de marcapasos definitivo por persistencia de pausas significativas aun habiendo retirado fármacos frenadores y ya corregida la digoxinemia, diagnosticándose sd. bradicardia-taquicardia. Alta en 10 días sin digoxina, amiodarona, ni b-bloqueantes. Reingresa en 1 semana por taquicardia y fallece en 2 días. Tener en cuenta que de los pacientes ingresados en UCI por intoxicación digitalica 2/3 son mujeres, la mayoría ancianos y con alteración de la función renal. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas (más frecuente astenia, digestivas, cardíacas y neurológicas), pueden aparecer con valores de digoxina en rango y sin alteración electrocardiográfica. Desde primaria tener presente que la digoxina es un fármaco poco indicado en pacientes ancianos con insuficiencia renal y polimedicados (elevado número de interacciones farmacológicas, fácilmente susceptible a variaciones en la concentración plasmática) y estrechar su vigilancia (control frecuencia cardíaca, realizar ECG) si la prescripción es imprescindible (preferible b-bloqueantes).

## Bibliografía

1. Pincus M. Management of digoxin toxicity. Australian Prescriber. 2016;39:18-20.

*Palabras clave:* Digoxina. Intoxicación digitalica. Ancianos.