



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1486 - EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: "NUESTRO PAN DE CADA DÍA"

C. Celada Roldán<sup>a</sup>, M. Gómez López<sup>b</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>c</sup>, L. Muñoz Alonso<sup>c</sup>, C. García Balsalobre<sup>c</sup> y M. Fernández Guillén<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 65 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) ya que refiere diarrea líquida sin restos patológicos y astenia de una semana de evolución. Niega fiebre ni síndrome constitucional asociado. Como antecedentes personales destacar: HTA, DM tipo 2, obesidad mórbida, cardiopatía hipertensiva con FEVI 50%. FA permanente (NYHA II-III). ERC secundaria a nefroangioesclerosis. En tratamiento crónico con Seguril 40 mg, digoxina 0,25 mg, metformina/sitagliptina, bisoprolol 5 mg, eplerenona 50 mg, olmesartan/hidroclorotiazida 40/2 5mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, regular estado general, bradicárdica, palidez en mucosas. TA: 90/50 mmHg, Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos apagados sin soplo, murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. MMII: no edema, signos de insuficiencia venosa crónica, pulsos pedios disminuidos. Pruebas complementarias: ECG: FA a 37 lpm, PR largo, depresión de ST y R alta en QRS de V4-V6 con aplanamiento de onda T. Analítica: glucosa: 104, urea: 164, Cr: 7,33, Na: 139, K: 4, digoxina: 3 mg, Hb: 13,2, Hcto: 41%, leucos: 13.770 (N: 112), plaquetas: 210.000. Rx tórax: sin signos de patología aguda. Ecocardiograma: cardiopatía hipertensiva con FEVI del 38%. Tras objetivar empeoramiento de su función renal y digoxinemia de 3 mg se inicia sueroterapia junto a suspensión de betabloqueantes, digoxina y eplerenona precisando de monitorización cardíaca.

**Juicio clínico:** ACXFA con respuesta ventricular lenta secundaria a sobredosificación farmacológica. ERC reagudizada de origen prerrenal multifactorial (ARA II + diarrea 2º a intoxicación digitálica + bradicardia + diuréticos + hipotensión).

**Diagnóstico diferencial:** GEA vírica/bacteriana, descompensación de insuficiencia cardíaca, infección urinaria.

**Comentario final:** La intoxicación digitálica se define más por las manifestaciones clínicas (vómitos, diarrea, astenia, confusión) y/o electrocardiográficas que por la elevación de la concentración sérica de digoxina. Dado que es una entidad clínica potencialmente mortal (6%), desde AP es fundamental tener un manejo óptimo del paciente pluripatológico ya que pese a su complejidad es necesario vigilar tanto las interacciones farmacológicas como las condiciones basales del paciente (insuficiencia renal crónica) que puedan modificar la cinética de los fármacos y poner en peligro la vida del paciente.

### Bibliografía

1. Gibbs CR, Davies MK, Lip GYH. Management: digoxin and other inotropes, beta blockers, and antiarrhythmic and antithrombotic treatment. Br Med J. 2000;320:495-8.

**Palabras clave:** Digoxina. Pluripatológico. Intoxicación.