



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 228/48 - DAI-DESCARGAS INAPROPIADAS

I. San Román Arispe<sup>a</sup>, A. Aumala Aguilera<sup>b</sup>, P. Fuentes Ruiz<sup>c</sup> y M. Rey Seoane<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CAP Primer de Maig. Lleida. <sup>b</sup>Médico de Familia. EAP Piera. Igualada. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Eugenia de Berga. Vic. <sup>d</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP El Castel. Castelldefels. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Durante una guardia en Atención Primaria visitamos en su domicilio a un varón de 61 años que presenta sensación de palpitaciones, molestia precordial atípica de 1 hora de duración, tipo opresivo, en reposo, EVA 5/10. No otra sintomatología asociada. Antecedentes patológicos: exfumador, exenolismo, excocainómano, HTA, dislipemia, obesidad, EPOC grado II, insuficiencia cardiaca (NYHA II), disfunción ventricular izquierda grave (FE 30%) debido a IAM con ICP/stent convencional, portador de un DAI-monocameral St Jude, ACxFA.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al examen físico: alerta, orientado en las 3 esferas. PA 140/80. FC: 160. FR: 20 rpm. SatO<sub>2</sub>: 96%. Auscultación cardiaca: arrítmico irregular. FC 150 lpm. Ingurgitación yugular. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. No roncus. No crepitantes. Se avisa a una Unidad de soporte vital avanzado. ECG: FA, 140-150 lpm, QRS variabilidad 227-230 ms, no desniveles ST, ondas Q profundas V3-V4, se observa 3 ondas de choque de descarga del DAI. Se procede a la sedación del paciente y se fija un imán con una cinta adhesiva sobre el generador con lo que se logra desactivar el desfibrilador. Monitorizado se traslada a Urgencias Hospitalarias.

**Juicio clínico:** El caso corresponde a un paciente portador de DAI con descargas inapropiadas. El paciente presenta dolor atípico, un ECG con FA, taquicardia y tres descargas del DAI, por lo que se procede a desactivarlo. El dispositivo interpretó que el origen de las taquicardias es ventricular y por consiguiente estuvo liberando las terapias. Ante esta situación el Imán Medtronic debe ser colocado sobre el generador, fijado mediante una cinta adhesiva previa sedación, monitorizado con ECG mientras tiene el DAI este desactivado, además se administrará betabloqueantes.

**Diagnóstico diferencial:** Las descargas múltiples del DAI pueden ser apropiadas e inapropiadas. Esta última en general se origina por taquiarritmias supraventriculares o por fallos de detección del dispositivo. Las arritmias supraventriculares frecuentes son taquicardia sinusal, FA, flutter auricular/taquicardia auricular y taquicardia supraventricular.

**Comentario final:** A los pacientes portadores de DAI que acuden a urgencias porque perciben una descarga del dispositivo es importante realizar una evaluación completa inclusive controles del dispositivo. Si detectamos descargas múltiples inapropiadas. Constituyen una urgencia absoluta. En general son producidas por taquiarritmias supraventriculares que deben tratarse mediante la

desactivación del desfibrilador lo antes posible, bien con el programador o, en caso de no estar disponible, mediante un imán bajo monitorización ECG mientras tiene el DAI está desactivado. La sedación es muy importante para reducir la descarga de catecolaminas y favorecer el efecto de los fármacos antiarrítmicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Peinado Peinado R, Martín Martínez A, González Torrecilla P. Manejo de los pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable en los servicios de urgencias hospitalarias. Documento de consenso del Grupo de Trabajo de DAI de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología y el Grupo de Arritmias Cardíacas de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2005;17:180-96.
2. Sánchez-Martínez J, García-Alberola A, Almendral-Garrote J, et al. Inducción de arritmias ventriculares por estimulación antibradicardia apropiada en pacientes portadores de desfibrilador automático. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:845-50.