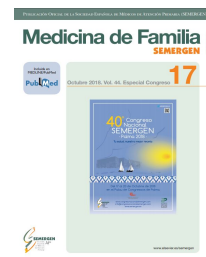




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3556 - CAFÉ CON PASTAS

E. Garrido López^a, R. Escudero González^a, C. González Arias^b y A. López del Oso García^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armunia. León. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armunia. León.

Resumen

Descripción del caso: Son las 13:15 horas del jueves, firmando las últimas recetas de la jornada, suena el teléfono. Nos alertan que hay una vecina del pueblo de 91 años con un fuerte dolor epigástrico, que ha aparecido mientras portaba una jarra de agua de la fuente. Sin alergias medicamentosas, ningún tratamiento habitual, degeneración macular e hipoacusia como antecedentes. Salimos disparadas hacia allá junto con la enfermera. La paciente se encuentra en la cama, Glasgow de 9 y vómitos. Todo sucede en un instante. Elevación del segmento ST en precordiales derechas y BRIHH en el ECG portátil. Desciende la saturación. No reacciona. Iniciamos maniobras de RCP, cogemos una vía periférica y administramos sueros, ranitidina y adrenalina. Tiene pulso, vuelve a respirar, reacciona. Llegan los servicios de emergencias (que no auguran un buen pronóstico) y se la llevan al Hospital estable.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 104/68, FC: 89 lpm, AC: ruidos cardiacos rítmicos a 80 lpm, sin soplos. AP: crepitantes bilaterales. Telemetría en urgencias: BAV completo con escape de QRS ancho a 20 lpm. BRIHH. Radiografía de tórax: signos de redistribución vascular. Analítica: CK: 72, Tn: 20, ProBNP: 500. TAC craneal: patología isquémica crónica.

Orientación diagnóstica: Parada cardiorespiratoria extrahospitalaria en relación a bloqueo auriculoventricular completo sintomático.

Diagnóstico diferencial: IAMCEST anterior, BAV completo, síncope vasovagal.

Comentario final: Finalmente, la paciente no padecía un síndrome coronario agudo, como era nuestra primera sospecha, afortunadamente llegó al hospital y tras la realización de pruebas se diagnosticó de un bloqueo AV completo, ingresando en Cardiología e insertándose marcapasos definitivo VVI. Actualmente se encuentra asintomática. Reseñar la dificultad extrínseca de la atención primaria ante la escasez de recursos y pruebas diagnósticas, que se acentúa aún más en el ámbito rural, donde el trabajo en equipo es la base de una atención eficaz.

Bibliografía

1. Torres Murillo JM, Jiménez Murillo L. Arritmias por alteración en la conducción del impulso. Enfermedad del seno. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p.

177-181.

2. Torres Murillo JM, Jiménez Murillo L. Síndrome coronario agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 190-202.

Palabras clave: Infarto. Bloqueo. RCP.