



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2330 - VERDAD DE MADRE

Á. Morán Bayón^a, N. Diego Mangas^a, C. Montero Sánchez^b, C. de Manueles Astudillo^a, A. Pérez Santamaría^a, E. de Dios Rodríguez^c, J.I. Delgado Redondo^c, D. Correa González^d, T.F. Manzano Palomero^e y S. Rodrigo González^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Zona Oeste. Valladolid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años con antecedentes personales de DM tipo 2, obesidad (talla 173 cm; peso 93 kg; IMC 31,07 kg/m²) y dislipemia. En tratamiento con simvastatina 20 mg, metformina 850 mg/12 horas y dieta de 1.500 kcal desde hace 1 mes. Acude a consulta de Atención Primaria de acompañante con su madre. Tras valorar a su madre, ella nos cuenta que nota a su hijo durante la última semana cansado y como “que no tiene fuerzas para realizar las cosas”. Dice que esa “dieta” le está cambiando a su hijo, que “algo no va bien”. Hablamos con su hijo y dice encontrarse bien, que no le pasa nada. El paciente no quiere que le valoremos a lo que su madre insiste por lo que decidimos citar al día siguiente. El paciente acepta.

Exploración y pruebas complementarias: Se pesa al paciente y ha descendido 1,5 kg desde el inicio de la dieta. Normal coloración de piel y mucosas, normohidratado y normoperfundido. Eupneico y afebril. No adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. AC: ruidos cardiacos rítmicos a 48 lpm. Sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Abdomen: blando, depresible sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Edemas leves en región maleolar. Pulsos pedios simétricos. Decidimos hacer subir al paciente unas escaleras y tomar nuevamente la frecuencia siendo de 52 latidos por minuto. Ante la frecuencia baja que no modifica con el ejercicio decidimos realizar un ECG: bloqueo auriculoventricular de segundo grado (Mobitz 1 con fenómeno de Wenckebach o Mobitz 2 tipo 2:1). Se deriva al paciente a Urgencias Hospitalarias donde ingresó en Cardiología para la colocación de un marcapasos definitivo.

Juicio clínico: Bloqueo auriculoventricular de 2^o grado (Mobitz 1 con fenómeno de Wenckebach o Mobitz 2 tipo 2:1).

Diagnóstico diferencial: Síndrome paraneoplásico, anemia, hipovitaminosis, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria.

Comentario final: El trabajo no se debe centrar únicamente en la demanda sino realizar prevención y una búsqueda activa de posibles riesgos o patologías. Ante síntomas inespecíficos que

muchas veces el paciente minimiza es importante conocer su situación basal previa. En muchas ocasiones la familia nos da la información más importante para poder llegar al diagnóstico. En el caso anterior ante un bloqueo auriculoventricular de 2º grado (sin poder diferenciar el tipo) el tratamiento definitivo es la implantación de marcapasos definitivo por el riesgo de realizar bloqueos completos. La recuperación tras la implantación suele ser total y el paciente recupera la autonomía que presentaba antes de presentar el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F J., Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed, Madrid: Elsevier; 2014. p. 153-81.
2. Vélez Rodríguez D. ECG: pautas de electrocardiografía, 2ª edición, Madrid: Marbán, 2011; p. 227-35.
3. American Heart Association, Soporte cardiovascular avanzado: libro del proveedor. Estados Unidos: Línea Médica; 2011. p. 104-13.