



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2176 - ¿PACIENTE TERMINAL? ¿PARADA CARDIORESPIRATORIA?

I.M. Blancas Sánchez^a, M.S. Henares Cobo^b y E.M. Fernández Moreno^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente-Azahara. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de la Victoria. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82 años, con antecedentes de vida limitada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con oxígeno terapia domiciliar, miocardiopatía isquémico-hipertensiva, arteriopatía periférica, diabetes tipo II, epilepsia, cáncer de próstata y tumor vesical libre de enfermedad, anemia de trastorno crónico, desnutrición proteíno-calórica; en tratamiento con insulina lantus, metformina, clopidogrel, citalopram, simvastatina, omeprazol, pentoxifilina, lormetazepam, irbesartan, fenitoína, doxazosina, espirolactona, hierro oral e inhaladores de aclidinio con bromuro, salmeterol con fluticasona y salbutamol. El paciente es atendido por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCUU) por crisis convulsivas de repetición en las últimas horas, por lo que lo trasladan a Urgencias, presentando parada cardiorrespiratoria con BAV (bloqueo auriculoventricular) completo y asistolia, con recuperación espontánea.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, pálido, sudoración profusa, caquético, taquipneico en reposo con respiración y tiraje toracoabdominal así como hipoventilación en ambos hemitórax. Disminución del nivel de conciencia. Gasometría arterial: pH 7,17, saturación de O₂ 56%, pO₂ 41, pCO₂ 34,4%, HCO₃ 12 1º ECG (electrocardiograma): rachas de asistolia con BAV completo. 2º ECG: eje izquierdo. BAV completo con bloqueo completo de rama izquierda. Hemograma: hemoglobina 10,8, hematocrito 35, plaquetas 202.000, leucocitos 14.930 con fórmula normal. Bioquímica normal.

Juicio clínico: Bloqueo AV transitorio secundario a medicación (fenitoína). Se llega al diagnóstico tras ingreso hospitalario, modificando tratamiento epiléptico y recuperando el paciente el ritmo sinusal. Valorado por Cardiología que ante su situación y pronóstico incierto inmediato insta a revisión clínica de forma ambulatoria en consulta de Cardiología, para plantear una posible colocación de MCP.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Lyme, traumatismo torácico, afectación del nodo con acción vagal, bloqueo AV permanente, cardiopatía isquémica, efecto adverso a medicación, hipoxia, intoxicación digitálica, miocarditis por virus.

Comentario final: Debemos conciliar el tratamiento y valorar posibles efectos adversos de los medicamentos, sobre todo en pacientes polimedicados.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. 2015.
2. Manual de Cardiología para residentes. Ergon, 2014.

Palabras clave: *Bloqueo AV. Efecto adverso.*