Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):20

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/375 - Parada cardiorespiratoria por fibrilación ventricular en la sala de espera de un centro de salud

G. Fernández García[a] y M. Muñoz Ayllón[b]

[a]Médico de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.
[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años, pérdida de conocimiento en la sala de extracciones de su C. de Salud. Atendido por personal del centro objetivan ausencia de respiración espontánea y pulso central activándose al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). A nuestra llegada paciente en sala de reanimación practicándosele maniobras de SVB, monitorizado confirmamos FV de grano fino, procediéndose a desfibrilación (200J), tras 2 minutos de RCP, actividad eléctrica sin pulso, administramos 1 mg de adrenalina IV, continuamos con RCP avanzada con aislamiento de la vía aérea, visualizamos en monitor bradicardia sinusal con pulso central débil, administrando 1 mg de atropina IV, presentando nuevo episodio de FV, segunda desfibrilación (360 J) con reversión a ritmo sinusal, elevación ST en cara inferolateral y posterior traslado hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, COC, eupneico; ACP: tonos rítmicos sin soplos, mvc sin ruidos sobreañadidos; TA: 102/73; FC: 116; FR 12; satO2 100%; Tª 36,5 ºC; EKG: RS a 116 lpm con elevación ST II, III, avF, v4-v6. Analítica: CK 70/473, CKMb 94, TnT 31/384. Rx tórax: cardiomegalia. Cateterismo coronario: Coronaria izquierda sin lesiones significativas. En CD, lesión proximal 80%, lesión 100% distal. Se implanta stent en CD distal-origen DP, en CD proximal, CD media y en TPL. Se inicia perfusión de angiox a 30 ml/h. Ingresa en UCI.

Juicio clínico: PCR por FV, IAMCEST inferior KILLIP I.

Diagnóstico diferencial: Toda pérdida repentina del conocimiento debe sugerir la posibilidad de una PCR; aunque en la mayoría de los casos se tratará de un síncope.

Comentario final: Tras parada cardiaca extrahospitalaria, la RCP realizada por testigos extiende el periodo para una resucitación exitosa y, al menos, dobla la probabilidad de supervivencia tras PCR con FV.

Bibliografía

1. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2007;28:1598-660.
2. Deakin CD, Nolan JP, Sunde K, Koster RW. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 3. Electrical Therapies: Automated External Defibrillators,

Defibrillation, Cardioversion and Pacing. Resuscitation. 2010;81:1293-304.

Palabras clave: *PCR. FV. SCACEST inferolateral.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.