



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4472 - LA OTRA CARA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

P. López Alonso Abaitua^a, F. Francisco González^b, A. García Lago Sierra^c, B. Martínez Sanz^a y N. Guelai^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Corrales de Buelna. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 44 años, casado, tres hijos. Trabaja como encargado de producción en una empresa química. Dislipemia. Episodios de angor de esfuerzo en el último año. Sin diagnóstico de patología coronaria. Durante su jornada laboral, sufre episodio súbito de pérdida de consciencia, evidenciándose parada cardiorespiratoria. Recuperó ritmo cardíaco tras veinte minutos de reanimación cardiopulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada al hospital: TA 120/40; FC 104 lat/min. T^a 38,6 °C. Coma vigil, buen estado de hidratación y nutrición. Normocoloración cutánea y mucosa. No aumento PVY. AC: rítmica, sin soplos. AP: roncus diseminados. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. EEII: pulsos presentes, no edemas. Exploración neurológica: coma vigil, apertura ocular espontánea, actitud en flexión de los cuatro miembros, con hipertonia en miembros inferiores. No fijación de la mirada. ECG: ritmo sinusal, 86 latidos/min, no alteraciones en la repolarización. No bloqueos. Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Rx tórax: silueta cardíaca horizontalizada por elevación de ambos hemidiafragmas. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo de tamaño y función normal con hipoquinesia posterobasal. TAC craneal: morfología y densitometría normales de las estructuras intracraneales. EEG: actividad bioeléctrica cerebral globalmente lentificada y de baja amplitud, compatible con afectación cerebral difusa.

Juicio clínico: Parada cardiorespiratoria. Probable cardiopatía isquémica. Encefalopatía anóxica con tetraparesia residual.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular agudo isquémico o hemorrágico. Hipotensión grave prolongada. Cardiopatías congénitas. Arritmias cardíacas.

Comentario final: El paciente permaneció ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente en la Planta de Medicina Interna durante un total de cinco meses. Durante su estancia presentó diversos procesos infecciosos respiratorios de origen nosocomial (*P. aeruginosa* y *A. baumannii*). Se precisó colocar una gastrostomía percutánea y realizar una exodoncia de incisivos inferiores dadas las múltiples lesiones por mordedura de lengua y labio inferior. Al alta, el paciente presenta una tetraparesia espástica con actitud en flexión de las cuatro extremidades. No controla la cabeza o el tronco en sedestación. Balbucea sonidos incomprensibles. No controla esfínteres. Presenta una absoluta dependencia para las actividades de la vida diaria. La isquemia cerebral es el resultado de la disminución, por debajo del nivel crítico, del flujo sanguíneo cerebral global cuya consecuencia primaria es la falta de oxígeno y glucosa necesarios para el metabolismo cerebral. El tiempo que lleva en un adulto a temperatura ambiente a la fase de muerte celular por isquemia no es mayor de 4-5 min. ¿Cuánto tiempo de mantenerse la reanimación cardiopulmonar?

Bibliografía

1. Gaznuri RJ. Tendencias en resucitación cardiopulmonar. Med intensiva v.33.
2. Gómez LM. Fisiología y preservación cerebral durante el paro cardíaco.

Palabras clave: Parada cardiorespiratoria. Reanimación cardiopulmonar.