

## 347/2775 - MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA

M. Pinilla de Torre<sup>a</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>b</sup> y S. Álvarez López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 29 años sufre desvanecimiento súbito, por lo que inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). A la llegada del 061, se objetiva en monitor fibrilación ventricular (FV), saliendo tras tres cardioversiones eléctricas (CVE) en fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FARVR). Posteriormente presenta nueva parada con FV, saliendo en ritmo sinusal (RS) tras nueva CVE. Se procede a intubación y se traslada al hospital, donde ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, presentando episodio de FARVR realizándose CVE revirtiendo a RS. A las 48h nuevo episodio de FARVR a 200 lpm, decidiendo control de la frecuencia cardiaca (FC). Se programa estudio electrofisiológico con reproducción de la arritmia y realización ablación de focos ectópicos productores de rachas TV que desencadenan FV. Se implanta desfibrilador automático (DAI) como prevención secundaria. Buena evolución, siendo dado de alta con control por su médico de atención primaria y cardiología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Sedoanalgesiado. TA 95/55. Taquicárdico a 160 lpm. Ruidos de secreciones. EKG a su llegada: RS a 130 lpm. T aislada en aVL. Troponina 16. Telemetría: múltiples rachas de TV. FA con FC 100-130 lpm. Coronariografía diagnóstica: arterias coronarias sin lesiones. Cardio-RMN: disfunción moderada de ventrículo izquierdo sin fibrosis miocárdica.

**Orientación diagnóstica:** Se orientó como parada cardio-respiratoria (PCR) en contexto de arritmia maligna al tratarse de varón joven, que se verificó objetivándose en monitor FV.

**Diagnóstico diferencial:** Hipovolemia. Hiponatremia. Hipo/hiperpotasemia. Hipoglucemia. Neumotórax a tensión. Tromboembolismo pulmonar masivo. Taponamiento cardiaco. Intoxicación.

**Comentario final:** Ante cualquier persona que sufra PCR, esencial avisar a los servicios de emergencia e iniciar RCP, pues ayuda a que el paciente pueda sobrevivir y evita secuelas cerebrales por hipoxia. Es necesario monitorizar al paciente, pues objetivaremos ritmos desfibrilables, que con ayuda de CVE podemos lograr que vuelvan a RS y sobrevivir. Ante PCR con objetivación de FV, debemos realizar estudio electrofisiológico que manifieste focos ectópicos que se puedan ablacionar. En este caso, era esencial implantar DAI como prevención secundaria, pues presentó múltiples focos ectópicos, que podría dar lugar a nuevo episodio de PCR.

### Bibliografía

1. Sudden cardiac arrest in the absence of apparent structural heart disease. UpToDate, 2018.

2. Overview of sudden cardiac arrest and sudden cardiac death. UpToDate, 2018.
3. Athletes: Overview of sudden cardiac death risk and sport participation. UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Parada cardio-respiratoria. Fibrilación ventricular. Fibrilación auricular.