



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

## 452/73 - DIAGNÓSTICO DE BLOQUEO DE 3<sup>ER</sup> GRADO A PROPÓSITO DE UN CASO

L. González Freire<sup>1</sup>, D. Santana Castillo<sup>2</sup>, P. Peteiro Álvarez<sup>2</sup>, I. Alcalde Díez<sup>3</sup>, M. Hernández García<sup>4</sup>, N. Gallo Salazar<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>2</sup>Adjunto de Urgencias. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Centro de Salud La Barrera. Cantabria. <sup>4</sup>Centro de Salud Astillero. Cantabria. <sup>5</sup>Centro de Salud CotoLino. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años que acude al Centro de Salud en ambulancia por cuadro de pérdida de conciencia hace una hora aproximadamente cuando iba caminando. No dolor torácico ni disnea ni otro síntoma asociado. Refiere que se despertó en la ambulancia sin saber cuánto tiempo estuvo inconsciente. Ha tenido varios síncope previos por los que se le había derivado al Cardiología Y Neurología para estudio, hace unos 6 años con resultados normales y asociando a dicho sincope a hipotensiones. Otros antecedentes son hipertensión arterial, dislipemia, hipertrofia prostática. Intervenciones quirúrgicas: esplenectomizado por accidente de moto. En tratamiento con simvastatina 10 mg, enalapril 5 mg, y dutasterida.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 35,7 °C, TA: 160/93 mmHg, FC 36 lpm. Consciente y orientado. Buen estado general. Eupneico. Normocoloreado, bien hidratado y perfundido. CYC: no soplo carotideo. AP: normal. AC: rítmica, sin soplos. Abdomen: normal. EEII: no edema ni signos de TVP. Pulso pedios presentes. ECG: bloqueo de tercer grado.

**Juicio clínico:** Bloqueo auriculoventricular completo.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope.

**Comentario final:** Tratamiento: se administra atropina con recuperación de la frecuencia cardíaca a 70 lpm. Se comenta con la Unidad de Coronarias del Hospital de referencia que acepta el caso y se deriva para implantación de marcapasos definitivo. Como médicos de atención primaria atendemos gran cantidad de síncope/presíncope, por lo que debemos realizar una completa y organizada anamnesis, además de una exploración física para que nos ayude a realizar un correcto diagnóstico, tratamiento, clasificar el riesgo y filial la etiología, descartando patologías potencialmente grave para el paciente.

### Bibliografía

Aproximación a la Medicina de Urgencias. Servicio de Urgencias Marqués de Valdecilla.

Guía ESC 2018. Diagnóstico y manejo del síncope.

**Palabras clave:** Síncope. BAV.