

¡ E M E R G E N C I A !

ELISABETH L. GEORGE, RN, CCRN, PhD

Enfermera especialista en cuidados intensivos • Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh • Pittsburgh, Estados Unidos

PATRICIA TUITTE, RN, CCRN, MSN

Profesora auxiliar • Universidad de Pittsburgh • Escuela de Enfermería • Pittsburgh, Estados Unidos

Asistolia en un paciente receptor de trasplante cardíaco

CUANDO USTED entra en la habitación de Timoteo G. para realizar la valoración inicial que concierne a su turno, encuentra a un paciente pálido y frío, con una presión arterial (PA) de 98/70, una frecuencia cardíaca de 51, una frecuencia respiratoria de 26 y respiración superficial. Mientras realiza la valoración, el paciente no muestra respuesta. Esta valoración rápida revela que el paciente no respira y carece de pulso.

¿Cuál es la situación?

El Sr. Timoteo G., de 57 años, permanece ingresado en la planta para ser evaluado tras un episodio reciente de hemorragia gastrointestinal (GI). El médico considera que el Sr. Timoteo G. —un receptor de trasplante cardíaco— presenta una úlcera duodenal relacionada con los fármacos inmunodepresores que debe recibir a causa del trasplante. Programado para que a la mañana siguiente se le realice una endoscopia, el Sr. Timoteo G. no ha tomado nada por vía oral y no ha presentado hemorragia GI activa durante las últimas 8 horas.

Desde que se le realizó el trasplante hace 5 años, el Sr. Timoteo G. ha estado tomando fármacos inmunodepresores convencionales, un fármaco antilipemiente, un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina captopril y rosiglitazona debido a que presenta diabetes tipo 2. En la evaluación más reciente de sus signos vitales, efectuada 2 h antes, se determinó una PA de 130/82, una frecuencia cardíaca de 98 y regular, una frecuencia respiratoria de 26 y una temperatura de 37 °C. En la analítica efectuada hace 2 h se observaron los datos siguientes: hemoglobina, 7 g/dl (rango normal en el varón, 14 a 18 g/dl); hematócrito, 26% (rango normal en el varón, 40 a 52%); plaquetas, 138.000/mm³ (rango normal, 150.000 a 400.000/mm³), y glucemia, 95 mg/dl (rango normal, 70 a 105 mg/dl).

¿Cuál es su valoración?

Usted sabe que, debido a que el corazón del Sr. Timoteo G. procede de un trasplante, muestra desnervación y no presenta control vagal. Debido a ello, el paciente puede no sentir molestias torácicas durante un episodio isquémico cardíaco y su corazón trasplantado puede no responder a las señales del sistema nervioso autónomo. (En casos aislados se ha observado la reinervación simpática, aunque ésta es una posibilidad infrecuente en los pacientes con trasplante.)

Dado que el corazón trasplantado del Sr. Timoteo G. ha perdido su inervación vagal, no responde a la atropina, que se utiliza característicamente en el tratamiento del paro cardíaco secundario a asistolia o a actividad eléctrica



bradicárdica sin pulsos (AEBSF).

Normalmente, la atropina incrementa la frecuencia cardíaca al bloquear la estimulación parasimpática procedente del nervio vago.

¿Qué debe hacer de inmediato?

Avisar al equipo de reanimación cardíaca e iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Cuando llega dicho equipo, aplica un monitor-desfibrilador al Sr. Timoteo G. y se observa que permanece en asistolia. Rápidamente comprueba la derivación del monitor y las conexiones del cable, ajustando la ganancia del trazado del monitor para incrementar su tamaño, y confirma la asistolia en otra derivación.

Mientras tanto, los miembros del equipo de reanimación cardíaca proceden a la intubación e inician la ventilación manual al Sr. Timoteo G. mediante un dispositivo de bolsa con válvula conectado a oxígeno, continúan las maniobras de RCP e instauran una vía intravenosa (i.v.). También evalúan las posibles causas reversibles de la asistolia, incluyendo la hipovolemia secundaria a hemorragia, la hipoxia, la hipercaliemia o hipocalcemia, la acidosis y el infarto agudo de miocardio. El tratamiento de estos trastornos es la prioridad.

Normalmente, una vez que se confirma la asistolia se debe administrar adrenalina y atropina, que son los agentes farmacológicos clave para el tratamiento de la asistolia y de la AEBSF. Cuando usted explica al equipo de apoyo la historia clínica del Sr. Timoteo G., el jefe de este equipo prescribe una estimulación transcutánea inmediata (en vez de la administración de atropina) junto con la administración de un bolo i.v. de 1 mg de adrenalina, repetida cada 3-5 min. La adrenalina circula hasta alcanzar sus receptores en el miocardio y causa una estimulación directa de estos para el restablecimiento o el incremento de la frecuencia cardíaca.

¿Qué debe hacer posteriormente?

El Sr. Timoteo G. ha respondido bien a las maniobras de reanimación. Es ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para la monitorización hemodinámica, el soporte ventilatorio y la sustitución volumétrica y sanguínea. También se efectúa una evaluación para descartar signos de hemorragia sostenida y de posible isquemia asociada al paro cardíaco. Probablemente, su asistolia fue debida a la hipovolemia y a la hipoxia secundarias a la hemorragia GI. Tras una estancia breve en la UCI, el paciente es trasladado a la unidad medicoquirúrgica. Posteriormente es dado de alta con medicación para la profilaxis de la úlcera. ①