



SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

XXIX CONGRESO

MIRANDO HACIA ADELANTE

ID: 042

AUTORES: Ronda del Corro, M.; Müller Puga, S.;
Metola Gómez, M. C.S. Puerta Bonita

“DOCTORAS, ESTOY MUY CANSADA”

Mujer, 49 años. HTA en tratamiento con lisinopril. En consulta telefónica, refiere **astenia**, **disnea** de moderados esfuerzos últimamente e hipermenorreas de meses de evolución.

Se solicita analítica y consulta presencial.

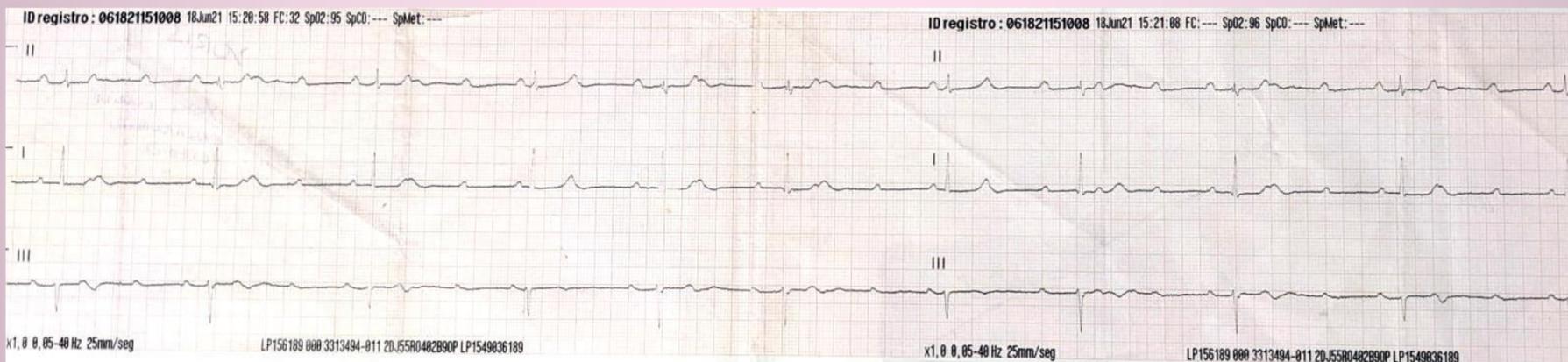
Hemograma, bioquímica y estudio hormonal, normales.



BEG. TA 139/92. AC: soplo sistólico en foco aórtico. Tonos rítmicos bajos, sospecha de bradicardia. Resto, normal.



Por la exploración, realizamos ECG en el momento, donde se objetivó **bradicardia** a 37 lpm. Ondas p rítmicas entre sí a 100/minuto, muchas de ellas, no seguidas por onda QRS, es decir, no conducían. Eje izquierdo. Los QRS eran a 37/min. Impresionaba de que no existía relación entre las ondas p y los complejos QRS.



La paciente es trasladada en UVI móvil a la urgencia hospitalaria donde se le diagnostica de **BAV completo** con escape nodal, sin alteraciones de la repolarización ni elevación de marcadores de daño miocárdico.

Se procede a **implante de marcapasos** bicameral. Al alta, la paciente se encuentra asintomática.

Se la deriva a consulta de cardiopatías familiares dada su edad.

La **valoración integral** del paciente en **atención primaria** es muy importante.

Aunque la paciente tenía unos síntomas inespecíficos atribuibles a la clínica de metrorragias, el hecho de hacer una valoración completa, una analítica y una exploración más amplia (TA, Auscultación cardiopulmonar, ECG), nos ayudó a dar con un diagnóstico de un trastorno de la conducción **potencialmente mortal** que pudo abordarse a tiempo con la implantación de un marcapasos.

