



SOMaMFyC

XXIX CONGRESO

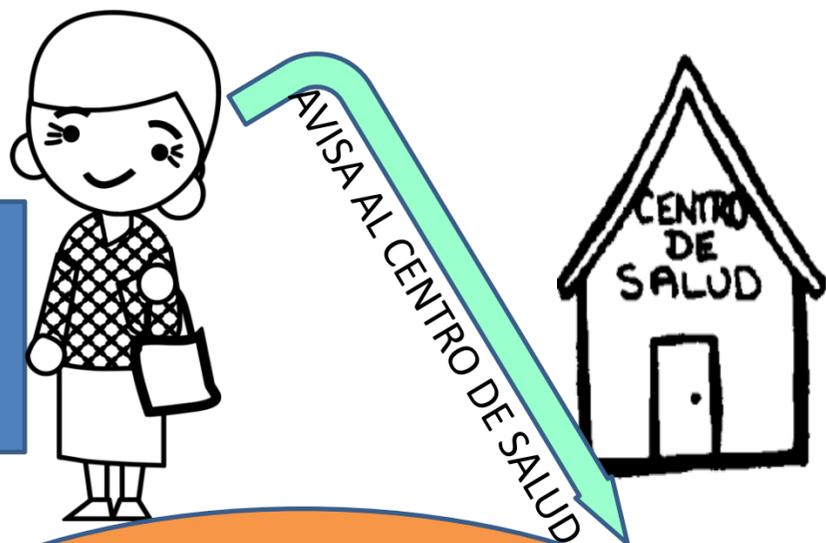
MIRANDO HACIA ADELANTE

- Dra. Rocío García-Gutiérrez Gómez.
- Dra. Emmanuel Chirino García
- Dra. Gloria Rodríguez Urrutia

ID: 061

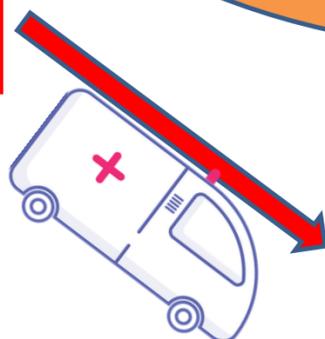
Una potente bomba de 90 años

Mujer de 90 años:
- Sin FRCV
- IAVD
- No antecedentes personales de interés



Consciente y orientada.
TA: 130/95 mmHg,
AC: ruidos audibles y regulares a 35-40 latidos por minuto, sin soplos.
No edemas de miembros inferiores.
Exploración neurológica normal
Bradicardia en paciente anciana hemodinámicamente estable, aunque **sin poder filiar el ritmo**

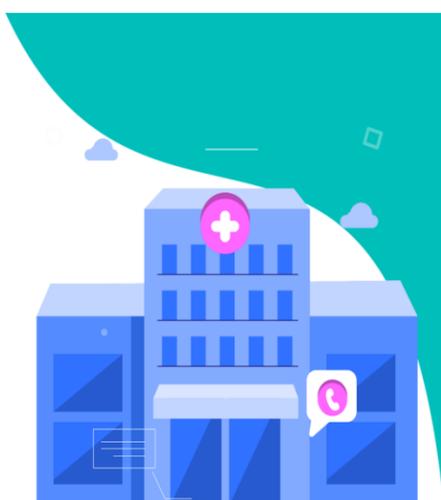
Mareo sin giro de objetos de varias horas de evolución que empeora con la bipedestación. No pérdida de conocimiento ni disnea. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad distal. No alteraciones visuales ni del lenguaje. No otra sintomatología neurológica.



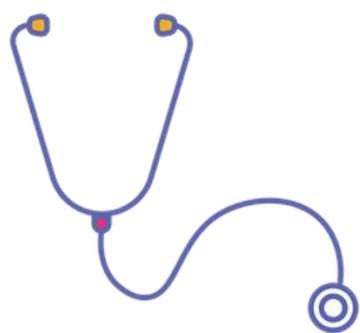
Bloqueo auriculoventricular 2:1, también denominado bloqueo auriculoventricular avanzado.



Con un único intervalo PR antes de que la onda P se bloquee, no podemos clasificarlo como bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo I o tipo II exclusivamente con un registro corto del ECG. La localización anatómica del bloqueo puede ser tanto el nódulo auriculoventricular como el sistema de His-Purkinje, pero en cualquier caso es una indicación de marcapasos.



Se decide traslado a urgencias hospitalarias previa monitorización electrocardiográfica. No precisa medicación ni marcapasos externo dada su estabilidad hemodinámica espontánea.



Como médicos de familia y con gran frecuencia primeros asistentes, hay dos factores que siempre hay que considerar: la correlación con los síntomas y la localización anatómica de la alteración en la conducción que son, junto a otros elementos de la historia clínica, familiar y comunitaria, los elementos clave para tomar la mejor decisión para nuestros pacientes.