

# CASO CLINICO: P.C.R. EN ADULTO JOVEN

C. PIQUER y M.A. MOLINA

# BRUGADA

C. PIQUER y M. A. MOLINA

## ANTECEDENTES

- 8,30 AM: Aviso en domicilio por crisis convulsiva.
- Llegada en 4-5': Varón adulto joven de 44 años en PCR, al que un familiar médico le realiza la RCPB.
- Antecedentes personales: Diagnosticado de epilepsia hace 1 año, en tratamiento con Tegretol

CASO CLINICO: P.C.R. EN ADULTO JOVEN

## SVA (I)

### MONITORIZACION CON PALAS



## SVA (II)

- Colocación de Guedel.
- Ventilación con mascarilla ambu con reservorio + fuente de O<sub>2</sub>.
- MCE sincrónico a ritmo de 15:2.
- Vía venosa periférica + perfusión de SF.
- IOT con tubo de 7,5.
- Conexión a respirador mecánico (OXILOG) a FR: 14, VT: 700, FiO<sub>2</sub>: 1.
- MCE asincrónico a 80-100 cpm.

## SVA (III)

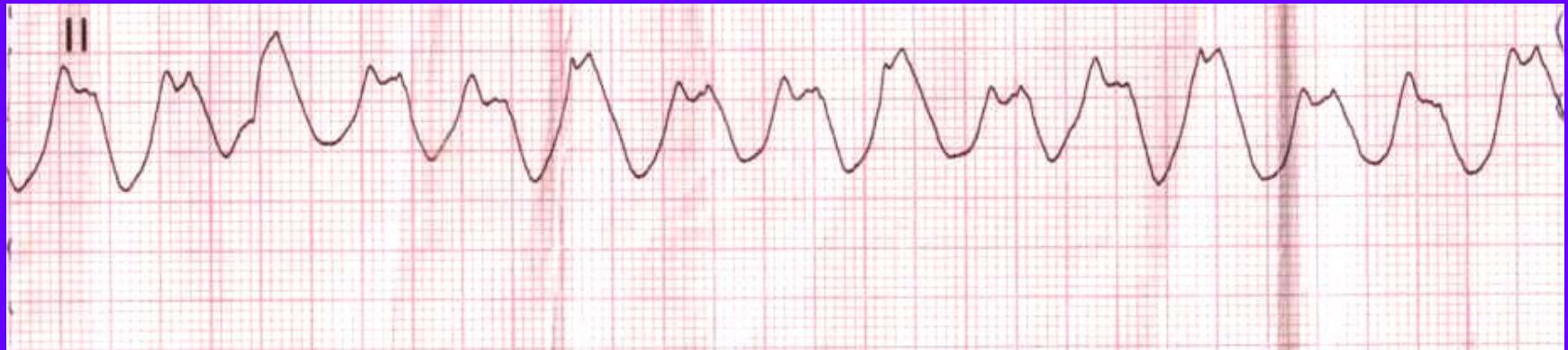
- Drogas IV: Adrenalina 1mg (1+1+1+1).  
Atropina 3 mg.
- Monitorización en DII.



- Desfibrilación 200-200- 360 julios

## SVA (IV)

- MCE + respiración mecánica + adrenalina 1mg (1+ 3).
- Cambio de trazado en el monitor: TVSP



- Desfibrilación: 360-360-360 julios

## SVA (V)

- Nuevo ritmo: Ritmo sinusal (92 lpm).



- Drogas: Lidocaina 70 mg

Bicarbonato 1M: 70 ml

## SVA(VI)

- Pulso carotídeo y radial.
- Respiraciones espontaneas durante el traslado.
- Coma con pupilas midriáticas y arreactivas.
- Constantes vitales: TA: 91/43, FC: 92.
- En Urgencias:

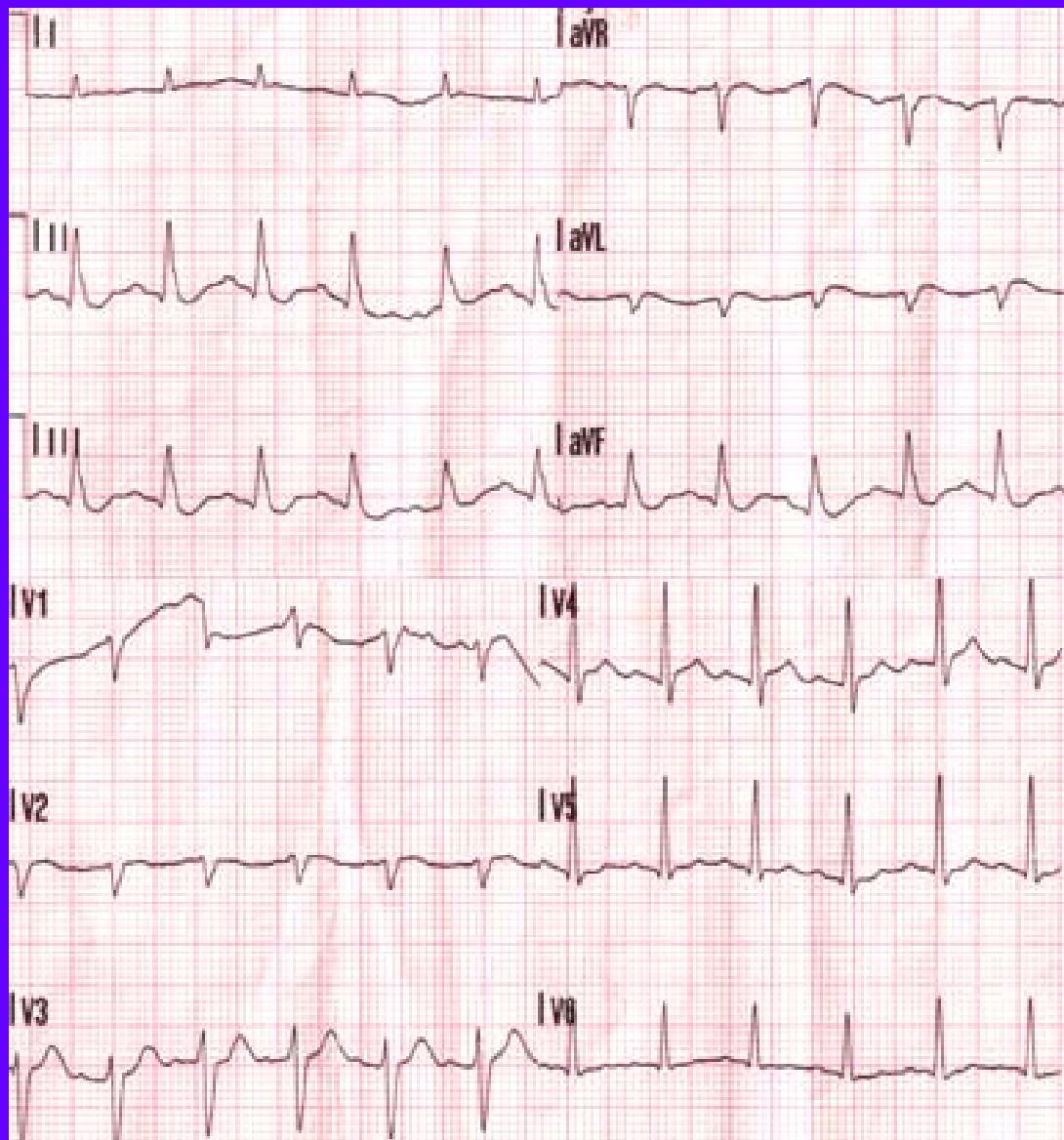
TA:129/74, FC:136, SatO<sub>2</sub>: 98%.

Sedación+relajación (Midazolam + Tracrium).

- Ingreso en UVI polivalente

## CASO CLINICO: P.C.R. EN ADULTO JOVEN

SVA (VII)  
E.C.G. 12 derivaciones



## EVOLUCION HOSPITALARIA

- Diagnóstico: S de Brugada con ecocardio normal.
- Traqueostomía a los 10 días.
- Neumonía por H Influenza + enterococos.
- Situación respiratoria estable.
- Nutrición enteral con SNG.
- Situación cardiaca estable (sin arritmias).
- Situación neurológica: estado vegetativo con trastorno mesencefálico por encefalopatía hipóxica.

### SINDROME DE BRUGADA (I)

Es un cuadro caracterizado por episodios sincopales o de muerte súbita en pacientes con un corazón estructuralmente normal.

## ORIGEN Y EPIDEMIOLOGIA

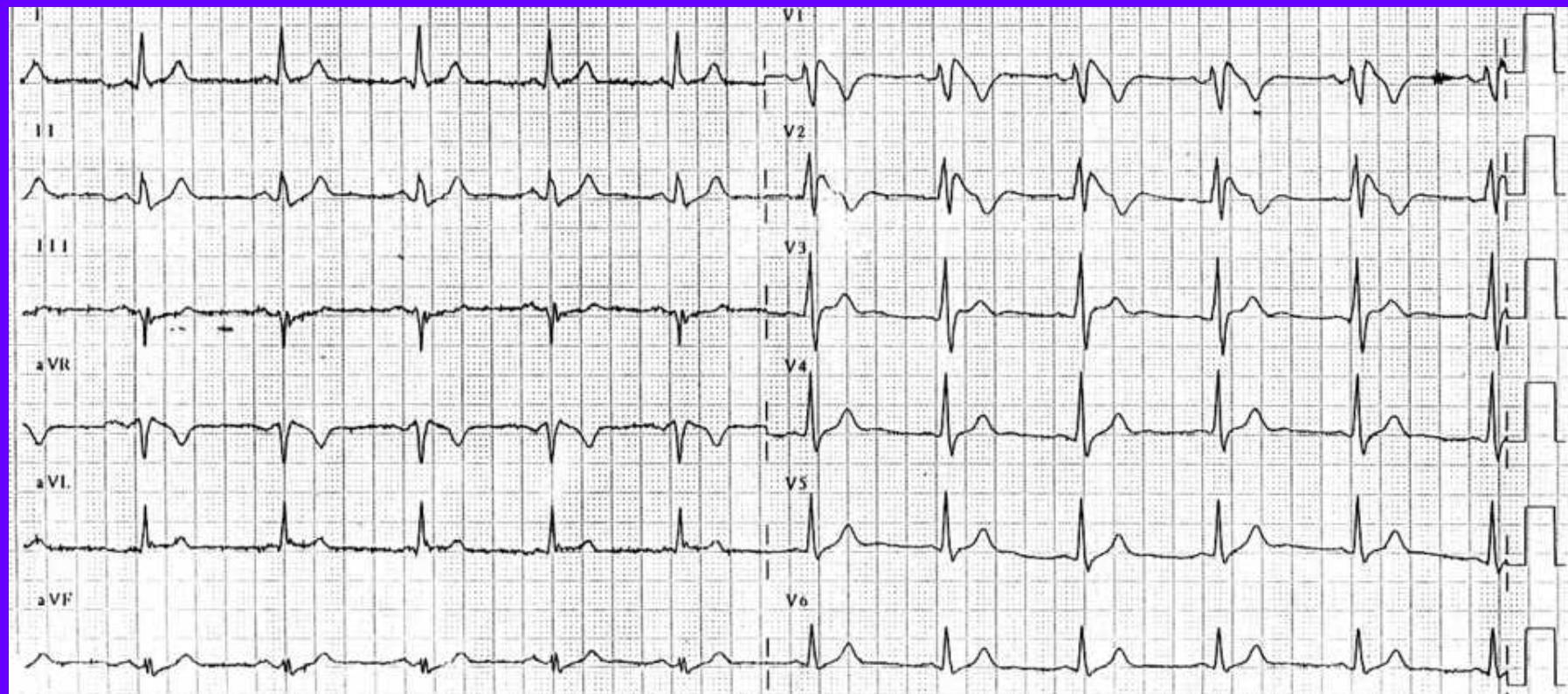
- Enfermedad de origen genético.
- Alteración de la estimulación eléctrica (canales del sodio).
- Distribución universal, mayor incidencia en el SE asiático.
- Responsable del 4-12 % de las muerte súbitas y del 50% de las muertes súbitas con corazón normal.

## CLINICA

- Normalmente asintomático.
- Crisis de aparición inesperada, sin pródromos.
- Muerte súbita por TV polimorfa y/o FV persistente.
- Síncope en formas autolimitadas.
- Convulsiones.

## DIAGNOSTICO

- El ECG se caracteriza por BRD + ascenso de ST en derivaciones precordiales derechas.
- El diagnóstico es difícil: formas ocultas o intermitentes.
- El patrón ECG se modula con cambios autonómicos o con la administración de fármacos:
  - Los betaadrenérgicos normalizan el ECG.
  - La ajmalina, flecaimida y la procinamida IV aumentan la elevación del ST.
  - Estudios electrofisiológicos



Patrón E.C.G. el Síndrome de Brugada

## TRATAMIENTO

- El pronostico es malo: crisis de FV y parada cardiaca.
- El tratamiento: la amiodarona y los betabloqueantes previenen las crisis de FV.
- El único tratamiento que puede ser eficaz es la colocación de sistemas de desfibrilación implantables.
- Ingeniería genética como tratamiento de futuro.

## CONCLUSIONES

- Los cuadros de perdida de conciencia temporal en jóvenes no siempre son a consecuencia de lipotimias, crisis comiciales, cuadros vasomotores o hipotensión arterial.
- Buscar patrón de ECG típico ante pacientes con sospecha de muerte súbita abortada y en sus familiares.
- Resulta vital para recuperar una PCR, el inicio de SVB muy precoz y bien hecho.
- No dar al paciente sistemáticamente por perdido ante una asistolia.
- Es indudable la eficacia de la desfibrilación en caso de TVSP y FV.

CASO CLINICO: P.C.R. EN ADULTO JOVEN

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

C. PIQUER y M. A. MOLINA