



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1696 - AQUELLA TRANQUILA MAÑANA DE SÁBADO

E. Pérez Castro<sup>a</sup>, M. Nevado Villafruela<sup>b</sup>, N. Sotelo Kesti<sup>c</sup> y Á. López Llerena<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colmenarejo. Madrid.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torrelozanes. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Hoyo Manzanares. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años sin antecedentes de interés, que es traída por su hijo a la urgencias de atención primaria por dolor opresivo centrotorácico intenso irradiado a brazo izquierdo y sensación de muerte inminente desde hace 15 minutos mientras estaba en reposo. Cortejo vegetativo acompañante. Discreta sensación disneica. No traumatismo previo. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Consciente. Obnubilada. Hidratada. Palidez mucocutánea. Mala perfusión. Sudoración profusa. Eupneica sin trabajo respiratorio. Afebril. AC: rítmica sin soplos, AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Pruebas complementarias en C. Salud: CTES: TA: 90/50 mmHg, FC: 57 lpm, SatO<sub>2</sub>: 96%. ECG: Ritmo nodal. Elevación de ST V1-V3 y V3R y V4R con descenso en cara lateral.

**Orientación diagnóstica:** Dada la situación de gravedad, se traslada a la sala de urgencias para monitorización y canalización de dos vías venosas periféricas para administración de sueroterapia (SSF 500 ml × 2). Se objetiva en monitor hallazgos electrocardiográficos compatibles con SCACEST por lo que se activa código infarto y se administra tratamiento inicial (ácido acetilsalicílico 300 mg vía oral y cloruro mórfico 3 mg vía intravenosa). Pruebas complementarias hospitalarias: ECG: ritmo auricular bajo alternante con ritmo sinusal. T negativas y infradesnivel del segmento ST en DI-aVL y V5-V6. Rx de tórax: ICT normal. No infiltrados ni pinzamiento de senos costofrénicos. Analítica: seriación troponinas máximo: 9,79. Resto normal. ETT: función sistólica moderadamente deprimida (40-45%) con aquinesia septal baja y media. Coronariografía: enfermedad coronaria de un vaso. Oclusión crónica de Coronaria derecha. Estenosis 50% de a. circunfleja. RM cardiaca: ventrículo izquierdo normal. Función sistólica reducida (FEVI: 50%) con contracción retrasada en segmento septal basal.

**Diagnóstico diferencial:** Espasmo coronario, miocardiopatía, TEP, disección de aorta...

**Comentario final:** Dada la sintomatología de la paciente y ante los hallazgos electrocardiográficos, desde urgencias de atención primaria se realizó una estabilización adecuada más administración de tratamiento inicial con posterior derivación inmediata a hospital de referencia para tratamiento adecuado.

## **Bibliografía**

1. Steg PG, James SK, Atar D, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2013;66(1).

**Palabras clave:** Centro de Salud. Dolor torácico. Angina inestable.