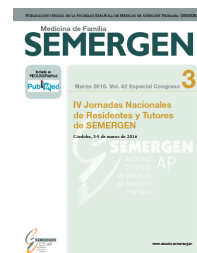




# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-097 - MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL SCACEST

*E.M. Cano Cabo, R. Abad Rodríguez, G. García Estrada, M. Cordero Cervantes, M. Maceira Failache y R. Cenjor Martín*

*CS Pola de Siero. Área IV.*

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años, hipertenso y dislipémico, sin historia cardiológica previa. Tratamientos crónicos: olmesartan 10 mg, fluvastatina 80, esomeprazol 40. Refiere episodio de dolor en epigastrio y centrotorácico en reposo, de tipo opresivo con irradiación a brazo izquierdo autolimitado de treinta minutos de duración. Nuevo episodio a las cuatro horas de mayor intensidad, con cortejo vegetativo e irradiación a ambos brazos y a la espalda, por lo que acude a nuestra consulta. Desde hace varios meses refiere episodios de dolor subcostal izquierdo, inespecífico sin clara relación con el esfuerzo, parecido al actual. Realizamos electrocardiograma de urgencia donde se objetiva una elevación del st en cara anterolateral por lo que se activa el código corazón. Se canaliza vía venosa y se administra tratamiento analgésico con cloruro mórfico, bolo iv 4 mg; antitrombótico con 250 mg Aspirina y 600 mg de clopidogrel. Omeprazol 40 mg iv.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales: PA: 126/65 mmHg, T<sup>a</sup>: 36 °C, FC: 66 lpm, SatO<sub>2</sub>: 95%. Consciente, orientado y colaborador. Ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, soplo sistólico II/VI. Mínimos crepitantes bibasales. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Hemograma y coagulación normal. Bioquímica: troponina T: 328 ng/l, creatina cinasa: 644 U/l. Segunda determinación: troponina T: 9.460 ng/l y creatina cinasa: 2.228 U/l. Leve elevación de pruebas de función hepática. ECG: ritmo sinusal a 66 lpm. Elevación del ST en cara anterolateral de hasta 5 mm, mínima elevación en cara inferior. Ecocardiografía: HVI moderada. Aquinesia de todos los segmentos apicales, hipoquinesia de segmento medio de pared lateral, FEVI 40%. Insuficiencia tricúspide y mitral leve. Coronariografía: dominancia derecha. Enfermedad de un vaso con oclusión aguda trombótica de descendente anterior media que se revasculariza mediante stent farmacoactivo con buen resultado. TIMI: 3 (flujo distal a la lesión normal).

**Juicio clínico:** SCACEST anterior Killip II.

**Diagnóstico diferencial:** Cardiovasculares: cardiopatía no isquémica. Pleuropulmonares: tromboembolismo pulmonar, neumotórax, neumoperitoneo. Digestivas: úlcera esofágica, perforación víscera hueca, pancreatitis. Osteomusculares: costochondritis, herpes zoster. Psicógenas: ansiedad. Otras: cocaína.

**Comentario final:** El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de Urgencias de Atención Primaria. Aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren

un síndrome coronario agudo fallecen dentro de la primera hora desde su comienzo, de ahí la importancia del diagnóstico (anamnesis, exploración física, ECG) y tratamiento precoz en los primeros escalones de la asistencia sanitaria. Se debe realizar un ECG de doce derivaciones en los primeros diez minutos tras la llegada del paciente. Es necesario tener en cuenta que un ECG normal en reposo no excluye el diagnóstico si el paciente presenta síntomas sugestivos de isquemia. los objetivos a tener en cuenta desde atención primaria son disminuir el tiempo hasta la reperfusión, detectar y tratar arritmias potencialmente mortales, aliviar la isquemia y calmar el dolor.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 12 de Octubre, 7ª ed. 2012.
2. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. 2015.