



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/987 - LO QUE LAS MUJERES CALLAN

S. Losada^a, I. Herrero Giménez^b, B. Hernández Bertó^c y P. Muñoz Padilla^d

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jávea. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Jávea. Alicante. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pego. Denia. Alicante. ^dMédico de Familia. Hospital de Denia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 80 años de edad quien acudió a Urgencias por decaimiento y anhedonia. Negaba ideas de suicidio, fiebre, dolor, síntomas miccionales o intestinales. En centro de salud sospecharon cuadro depresivo. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, DM-2, síndrome ansioso-depresivo. En estudio por demencia incipiente. Hábitos tóxicos negados. Medicación: Eucreas, Protalon, Rexer, Lantus, Atozet, Aricept, Somazina, Novorapid. Es ubicada en consulta rápida por triaje donde al ser vista por médico se dirige el caso como posible patología aguda psiquiátrica. Sin embargo, al intentar descartar organicidad en paciente anciana con factores de riesgo cardiovascular, se encuentra mediante electrocardiograma que estaba presentando un SCASEST pasándose a Observación. Además, presentó radiografía con dudoso foco de condensación neumónica junto con curva ascendente de troponinas y marcadores de inflamación e infección, planteándose también el diagnóstico de sepsis por infección respiratoria, iniciando levofloxacino y ceftriaxona. Ingresa en UCI, solicitándose cateterismo. Desde el primer día estaba muy desorientada precisando altas dosis de sedación. Se confirma Neumonía basal derecha. Presenta evolución tórpida, hipotensión y empeoramiento de perfusión. Hemodinamista cancela cateterismo por intolerancia al decúbito y desorientación. Se inicia levosimendán y noradrenalina a pesar de lo cual presenta empeoramiento posterior con oligoanuria así como aumento progresivo de biomarcadores, desaturación y taquipnea con VMNI, deterioro clínico progresivo refractario a tratamiento, siendo exitus el día 4 de ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Normocoloreada, eupneica, 36,5 °C, 92 lpm, 150/84 mmHg, SO₂: 99%. Tórax normoexpansible, murmullo vesicular presente con crepitantes finos bibasales. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos ni añadidos. Neurológico: consciente, orientada. Hemograma, bioquímica sanguínea (PCR, lactato, procalcitonina, troponinas). Hemocultivos. Electrocardiograma. Radiografía de tórax, ecografía cardiopulmonar.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio. Sepsis respiratoria. Shock cardiogénico.

Diagnóstico diferencial: Episodio depresivo mayor.

Comentario final: La presentación atípica de SCA en mujeres tiene una elevada tasa de mortalidad tanto cardiovascular como extracardiovascular, siendo además infradiagnosticada y no tratada. El diagnóstico es más difícil en diabéticas.

Bibliografía

1. Hadi AR Hadi Khafaji, Jassim M Al Suwaidi. Atypical presentation of acute and chronic coronary artery disease in diabetics. World Journal of Cardiology. 2014.
2. Abbas Dehghan, et al. Comparison of Prognosis in Unrecognized vs Recognized Myocardial Infarction in Men VS Women > 55 Years of Age (Rotterdam Study). Am J Cardiol. 2014;113;1-6.

Palabras clave: Mujer. Síndrome coronario agudo.