Semergen. 2015;41 (Espec Congr):460

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1704 - UN CASO DE INFARTO

S. García Moreno[a] y L.B. González-Haba Moro[b]

[a]Médico de Familia. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES 061), Sevilla. [b]Enfermera. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 54 años, HTA y dislipémico, fumador, sin otros antecedentes, presenta dolor precordial opresivo no irradiado, sudoración y náuseas de comienzo súbito, de tres horas justas de evolución. En electrocardiograma se constata ritmo sinusal a 74 latidos por minuto, con segmento ST ascendido en II, III, aVF y tendencia en derivaciones V4 a V6, con imagen especular en V1 a V3, motivo por el cual nos activan (061). Administramos Aspirina y clopidogrel, heparina, nitroglicerina en perfusión, analgesia (cloruro mórfico) y fibrinólisis in situ, sin traducción electrocardiográfica sugerente de reperfusión, con leve mejoría clínica del dolor. Iniciamos traslado a hospital de referencia (a dos horas de camino) y el paciente presenta a mitad de camino ensanchamiento rápido de los complejos QRS, sufriendo parada cardiorrespiratoria: ritmo inicial de fibrilación ventricular. Realizamos tratamiento eléctrico y protocolo habitual de soporte vital avanzado, llegando a requerir el paciente hasta cuatro desfibrilaciones, 1 mg de adrenalina y 300 mg de amiodarona (tras tercera descarga) y 1 mg de adrenalina tras cuarta (al constatar FV de grano fino, equivalente a asistolia tras la misma), intubación orotraqueal y VMI al comienzo de la PCR. Evolución rápida hacia el exitus, con instauración rápida de cianosis de cara y cuello. Se pone el caso en conocimiento de coordinación, juez de guardia de localidad de origen y médico forense y se activa protocolo judicial.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, palidez y sudoración profusa, quejoso de dolor y eupneico. A la auscultación, tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos, sin otros ruidos patológicos. Resto de la exploración normal. Frecuencia cardiaca a 75 latidos por minuto, con TAS de 120 mmHg y TAD de 80 mmHg. Saturación arterial de oxígeno a 96%. Glucemia capilar de 110 mg/dL.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo con elevación de ST en cara inferoposterior.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de dolor torácico.

Comentario final: La reperfusión precoz es clave en el manejo de estos pacientes. Según la evidencia científica, la intervención coronaria percutánea primaria es superior a la fibrinolisis y es el tratamiento de elección siempre que el retraso a la intervención coronaria no supere los 90-120 min. (en caso contrario se recomienda iniciar el tratamiento con fibrinólisis). Las recomendaciones más actuales inciden en la importancia del diagnóstico prehospitalario y la organización eficiente entre ambulancias y hospitales para reducir los retrasos. La atención a la familia cobra gran relevancia en el ámbito de las urgencias y emergencias extrahospitalarias (más en situaciones de duelo o

fallecimiento o patologías potencialmente mortales).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ortiza A, et al Evidencias de la revascularización en el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2011; Supl.11(C):9-14.

2. Pacheco Rodríguez A, et al. Fibrinolisis prehospitalaria en el enfermo con síndrome coronario agudo con elevación del ST. Historia y recomendaciones. Emergencias. 2009;21:441-50.

3. Tubaro M, et al. Tratamiento prehospitalario de los pacientes con IAMCEST. Una declaración científica del Working Group Acute Cardiac Care de la European of Cardiology. Rev Esp Cardiol. 2012;65(1):60-70.

4. Rosell-Ortiz F, et al. Tratamiento extrahospitalario y supervivencia al año de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST. Resultados del Proyecto para la Evaluación de la Fibrinólisis Extrahospitalaria (PEFEX). Rev Esp Cardiol. 2008;61(1):14-21.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.