



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

423/129 - LA IMPORTANCIA DEL ECG: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Maamar El Asri¹, J. Bustamante Odriozola², I. Hernando García², B. Gutiérrez Muñoz², J. Cepeda Blanco³, A. Morán Caballero⁴, D. Martínez Revuelta³, C. Varela César⁵, J. González Fernández⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo. Costa Maliaño. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ⁶Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con AP de HTA, DL, DM tipo II que es traída al servicio de urgencias de atención primaria por su hijo por disartria de 30 minutos de duración. No dolor torácico, palpitaciones, disnea, tampoco focalidad neurológica. Actualmente bradilalia. Tratamiento habitual: Metformina, nicardipino, amiloride. Se realiza exploración detallada, glucemia y ECG y en vista de los resultados se contacta con el 061 para su traslado a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, lenguaje lento y coherente, sin focalidad neurológica. Ingurgitación yugular a 45°. ACP rítmica sin soplos con tonos apagados. AP:MVC con crepitantes bibasales finos. Abdomen anodino. No edemas, pulsos pedios positivos. Glucemia 133. ECG: RS a 75 lpm. PR normal, QRS estrecho. Elevación del ST y onda Q en II, III, AVF y V6 con descenso especular en cara lateral. Analítica hospitalaria: Tn = 15,38. Hemograma con fórmula leucocitaria normal, no alteraciones iónicas. TAC craneal: No se observa signos de hemorragia ni isquemia aguda.

Juicio clínico: AIT en contexto de IAMCEST evolucionado.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia cerebral. Aura migrañosa. Cuadro confusional agudo.

Comentario final: El AIT comparte los mismos factores de riesgo que el ictus. Destaca la causa cardioembólica, si bien lo más frecuente es la secundaria a fibrilación auricular, existen otras causas cardíacas que lo producen, como el IAM. Además, hay que tener en cuenta que pacientes ancianos o diabéticos pueden presentar isquemia miocárdica silente o clínicamente atípica, por lo que la sospecha y la realización del ECG es fundamental. La exploración física y el uso de pruebas complementarias básicas en las urgencias extrahospitalarias son vitales para el manejo de los pacientes graves y su correcta derivación hospitalaria.

Bibliografía

Duran E, et al. Accidente isquémico transitorio. Rev Clin Esp. 2007;207(10):505-7.