



## 387/209 - ¿PERO DE VERDAD ME HA DADO UN INFARTO?

M. González Piñuela<sup>1</sup>, M. Quijano Reventún<sup>1</sup>, S. Ubierna Llona<sup>1</sup>, C. Vallejo López<sup>1</sup>, M. Puchol Palomar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años, sin alergias conocidas, fumadora de medio cigarrillo diario. DLP. Síndrome ansioso-depresivo. Antecedentes familiares: cardiopatía isquémica desde los 50 años. Acude al SUAP de su zona por una sensación de opresión/escozor (no sabe precisar) faríngea, autolimitada en minutos, que no asocia claramente a esfuerzos. Esta mañana le ha despertado, por lo que consulta. Se realiza ECG que se informa como normal, y se decide derivación al hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sub>g</sub>: 36,4 °C, TA 145/86 mmHg, SatO<sub>2</sub>: 100%. Sin dolor. Buen estado general, orientada en tres esferas, normocoloreada y eupneica en reposo. CyC: sin alteraciones, AC: rítmica, sin soplos. AP: buena ventilación de ambos campos pulmonares. Abdomen sin hallazgos significativos. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Analítica: bioquímica general: troponina i ultrasensible 37,6 ng/l. Resto dentro de la normalidad. Hemostasia: ac de protrombina 109%, inr 0,95. Hematimetría: hematíes  $3,79 \times 10^6/\mu\text{l}$ , resto sin alteraciones. A las 3 horas se repite troponina i ultrasensible suero 1.111,3 ng/l. Rx tórax: sin hallazgos significativos. EKG: ritmo sinusal a 63 lpm. No alteraciones del PR. Aplanamiento de onda T en cara anterolateral (no otro ECG en la historia con que comparar). Ecocardiografía: Cardiopatía isquémica en territorio de CX con FEVI global conservada. VI de tamaño normal, no hipertrófico. Función sistólica global conservada con aquinesia de cara lateral basal-media y ápex de cara inferior. Aurícula izquierda: no dilatada. VD: normofuncionante. No derrame pericárdico.

**Juicio clínico:** IAMNEST anterolateral. Killip I. FEVI 50%. HK anteroapical y lateral mediobasal. TnI pic011. EAC bivaso con ACTP colocación de stent FA en Mg de Cx y 2 en DAm con ventana a Dg.

**Diagnóstico diferencial:** Cuadro catarral de vías altas, Síndrome ansioso, contractura cervical, enfermedades de los dientes/encías.

**Comentario final:** Lo interesante del caso no es en sí, el infarto con un dolor atípico (hecho muy frecuente en mujeres perimenopáusicas), sino como el médico que la atiende en primera instancia, decide remitirla al hospital con una clínica tan vaga y poco sugestiva de cardiopatía isquémica, ya que incluso a la propia paciente, a día de hoy, le cuesta creer que haya sufrido un infarto. Nos gustaría destacar la importancia de tener en cuenta la pérdida de objetividad que sufrimos los profesionales cuando tratamos a pacientes conocidos o familiares. Finalmente, destacar la falta de medios de que se dispone en primaria, lo que en ocasiones se convierte en una ventaja porque al

depender menos de medios diagnósticos sofisticados, estamos obligados a mantener el "ojo clínico" que en ocasiones como esta, es fundamental.

## **Bibliografía**

Ramos Marrero I L, et al, Infarto Agudo de Miocardio: una perspectiva desde la Atención Primaria. Revista Cubana Medicina General Integral 2014.

Mateo Rodríguez I, et al, Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2013;25:23-30.

Casal Codesido JR, et al. Guía de Actuación en Urgencias, 5<sup>a</sup> ed. 2017.