



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/832 - Doctora, de repente no puedo respirar ¿qué me pasa?

M. Rey Seoane^a, R. Kazan^b, C. Herranz Martínez^c, F. Paniccia Cuoco^d, I.N. San Román Arispé^e, S. Segovia Salazar^f, N. Vicente Menas^a, J. Barberá Viela^g y A.B. Rascón García^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^gMédico de Familia. Centro de Atención Primaria El Castell. Castelldefels.
^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vallldoreix. Barcelona. ^cMédico Residente. Área Básica de Salud María Bernades-Viladecans 2. Barcelona. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Roquetes. Sant Pere de Ribes. Barcelona. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Primer de Maig. Lleida. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP de Manlleu. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: En este caso, acude al servicio de urgencias una mujer de 84 años, sin alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, diabética tipo II con una glicada de 10%, hipertensa, anemia crónica multifactorial, distimia en tratamiento, gastritis atrófica e itus de repetición en seguimiento por urología, por un cuadro de dolor centro torácico opresivo, con sudoración acompañante y sensación disneica que la despertó en medio de la noche. Y durante la exploración la paciente repite el cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física TA 155/66 FC 85 Sat 93% T 36 °C, dxt 145 mg/dL, auscultación cardíaca rítmica, sin soplos, Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, exploración abdominal, y extremidades inferiores sin alteraciones significativas. Se realiza electrocardiograma inicial a su llegada con ritmo sinusal a 94´x, pr 0´16, qrs estrecho y sin progresión de r en precordiales, pero que durante proceso de dolor torácico, varía a ritmo sinusal a 100´, con pr 0,16 con aumento de complejo qrs, y descenso de ST de más de 2 mm de V4-V6. Ante los cambios eléctricos evidenciados se inicia tratamiento con clopidogrel, aspirina y heparina a dosis descoagulantes. A los 10 minutos del proceso, el electrocardiograma recupera valores iniciales sin alteración del ST. Analítica en la que únicamente destaca una glicemia de 380 mg/dL y una creatinina de 132 umol/L (valores 100), una curva de troponinas hipersensibles de 24-40 ng/L. Se realiza también radiología de tórax donde se evidencia un aumento de la redistribución pulmonar compatible con congestión pulmonar. Cateterismo con enfermedad de 2 vasos.

Juicio clínico: Se orienta como SCASEST Killip III, por lo que se decide ingreso en Medicina Interna.

Diagnóstico diferencial: Se debe descartar patología torácica aguda tipo Infarto agudo de miocardio, pericarditis complicada, disección aortica, embolia pulmonar o pleuritis.

Comentario final: El diagnóstico clave se basa una prueba tan básica como el electrocardiograma.

Bibliografía

1. Hamm CW, Braunwald E. A classification of unstable angina revisited. *Circulation*. 2000;102:118-22.

Palabras clave: Dolor torácico. SCASEST. Disnea.