



SINDROME CORONARIO AGUDO, ANSIEDAD COMO PRIMER INDICATIVO

De la Oliva Delgado B. Martínez Vázquez, MA. Rodríguez Blanco, C. Miguel Saldaña F.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 53 años

Motivo de consulta: Paciente que estando de compras, sufre un robo. Presenta cuadro de ansiedad con presión centrotorácica.

Antecedentes personales: Ansiedad y depresión. No alergias conocidas, no factores de riesgo cardiovascular.

Exploración física

Constantes:

- TA 135/74, 78 lpm, 98 SatO2, FR 24, consciente, colaborador, relleno capilar enlentecido, sudoración profusa, taquipnéico, parestesias en MMSS.

ACP:

- Buena ventilación bilateral, no soplos.
- Dolor centrotorácico. Se observa elevación del ST cara inferior.
- **Mareo con FV** en monitor, se **DF a 200 JL**. Recupera ritmo y nivel de consciencia.
- No disnea ni sensación de dificultad respiratoria.

Abdomen:

- Blando, depresible, ruidos hidroaéreos normales, no doloroso, ni masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.
- Serología COVID19 negativo.
- Exploración neurológica: sin focalidad.
- El paciente sufre **PCR** en el centro comercial, y por el pasillo de hemodinámica **FV refractaria**.



Pruebas complementarias

- **ECG** de 12 derivaciones con elevación del ST en II, III, AVF, Descenso del ST: I, AVL. **SCACEST INFERIOR**.
- **Analítica** con valores: PH 7.52, PCO2: 42, Lactato 4.90, K* 3,30, Na 144, Crea: 1.15, Glucemia 142, TCO2 :17,30 Se realizan varios ciclos de RCP, en la sala de Hemodinámica se coloca STENT en coronaria derecha, se conecta ECMO, se realiza TAC con evidencias de hemoperitoneo (laceración hepática), paciente en SHOCK
- En el hospital se le realiza **ecocardiografía** urgente: Ventrículo izquierdo y derecho no dilatado, con disfunción sistólica severa. No derrame pericárdico
- **TC TORAX-Abdomen y pelvis:** IAM inferior, tormenta arrítmica, RPC prolongada, implante de ECMO veno-arterial en OCR .Shock y amenización refractaria a soporte hemoterápico y drogas vasoactivas. Tórax: Fracturas costales derechas anterolaterales de 2S a la 7S.
- **TAC craneal:** Infarto agudo en territorio frontera de ACM y ACP izquierda. Otras múltiples lesiones isquémicas agudas de pequeño tamaño de posible origen cardiaco/embólico
- **TAC abdominal:** TEP agudo bilateral, laceración hepática,
- Canalización de **2 vías periféricas** de grueso calibre, administrada medicación

Diagnóstico diferencial

- Infarto agudo de miocardio, SCACEST INFERIOR, laceración hepática con gran sangrado, desarrollando un síndrome compartimental intraabdominal, coagulopatía por lo que se le pasan muchas unidades de fibrinógeno. Anuria con filtro.
- Shock hemorrágico por laceración hepática . Aumento de presión intraabdominal, oligoanúrico.
- Shock cardiogénico, con buena evolución. Encefalopatía hipóxico-isquémico.
- Shock distributivo secundario a fiebre sin foco.

CONCLUSIONES

Por el aspecto del paciente y su relato sólo parecía un cuadro de ansiedad mal controlado, una buena monitorización precoz, y maniobras de RCP avanzadas in situ, aumentan la supervivencia de estos pacientes.

Una historia clínica eficiente y específica, una entrevista con sus familiares valorando la posible etiología, así como un examen físico, monitorización, y pruebas complementarias, deben dirigirse a evaluar la causa de la PCR.