

Manejo extrahospitalario del SCACEST

- CASO CLÍNICO -



ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Mujer de 79 años.
- Parcialmente dependiente para la vida diaria por deterioro cognitivo moderado.

- Hipertensión arterial de larga evolución, mal controlada.
- Anemia por déficit de cobalamina en tratamiento sustitutivo.
- Demencia progresiva de origen vascular (*TAC craneal: lesiones isquémicas crónicas*)

- Miocardiopatía de origen no filiado, conocida desde un primer episodio de ICC en 1999. SPECT: defecto de perfusión septal y apical, con FE 45%. Posteriormente estable. Último ETT de control en 2010: VI no dilatado ni hipertrófico, FE 47% por hipocinesia global y asincronía secundaria a BRIHH, sin valvulopatías.

- **Tratamiento:** *AAS 100 mg/día, furosemida 40 mg/día, losartan 50 mg/día, citalopram 20 mg/día, risperidona 1 mg/ml 0.5 U/día, Daflon 500 mg/12h, Reminyil 24 mg/día, Ebixa 10 mg/día.*

ENFERMEDAD ACTUAL:

- El 25.01.13 consulta al CAP por disnea rápidamente progresiva de 2 días de evolución, con ortopnea y disnea paroxística nocturna. Refiere asimismo dolor torácico atípico.

A su llegada al CAP a las 16:08 horas presenta TA 178/102 mmHg, FC 94x', SatO2 94% basal y semiología de insuficiencia cardíaca izquierda.

- Se realiza un ECG ...

2013-01-25 16:08:21

Monitorización Ritmo 12Canales

Hospital:
Confirmado por:

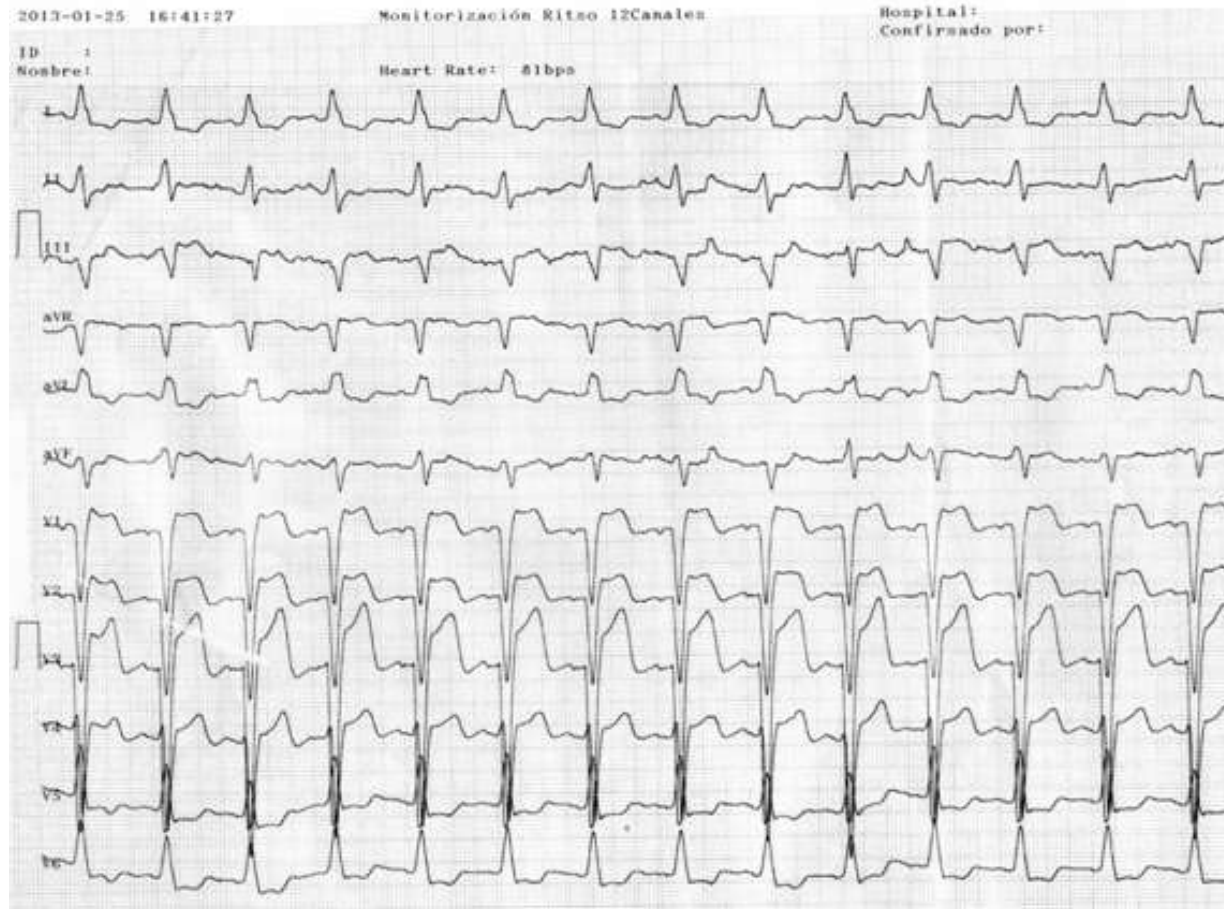
ID :
Nombre:

Heart Rate: 95bpm



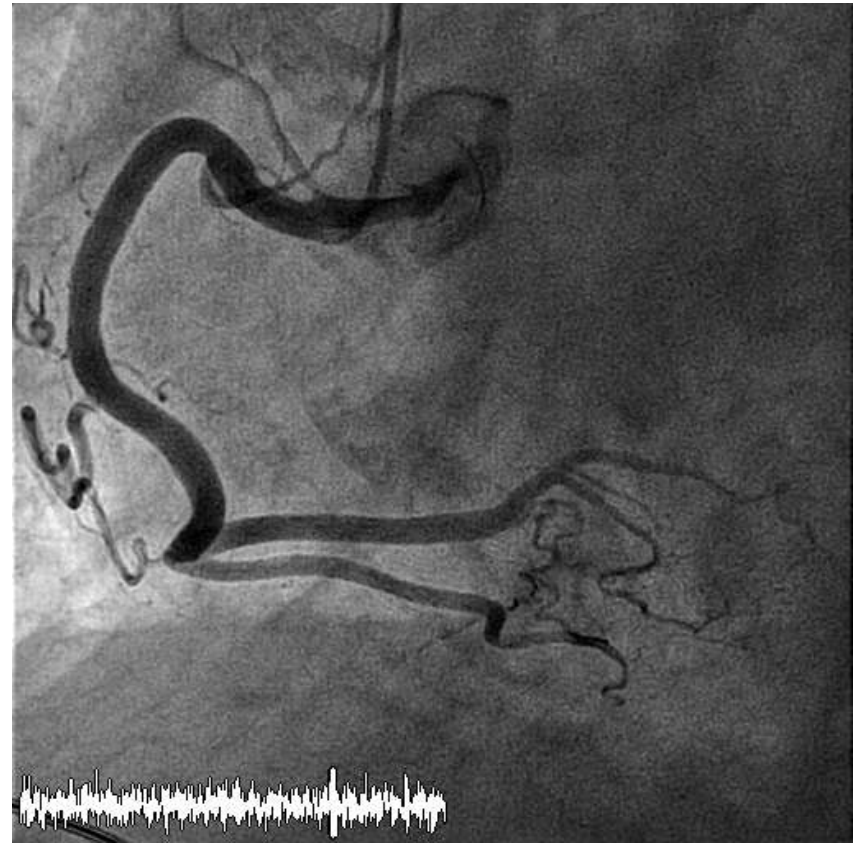
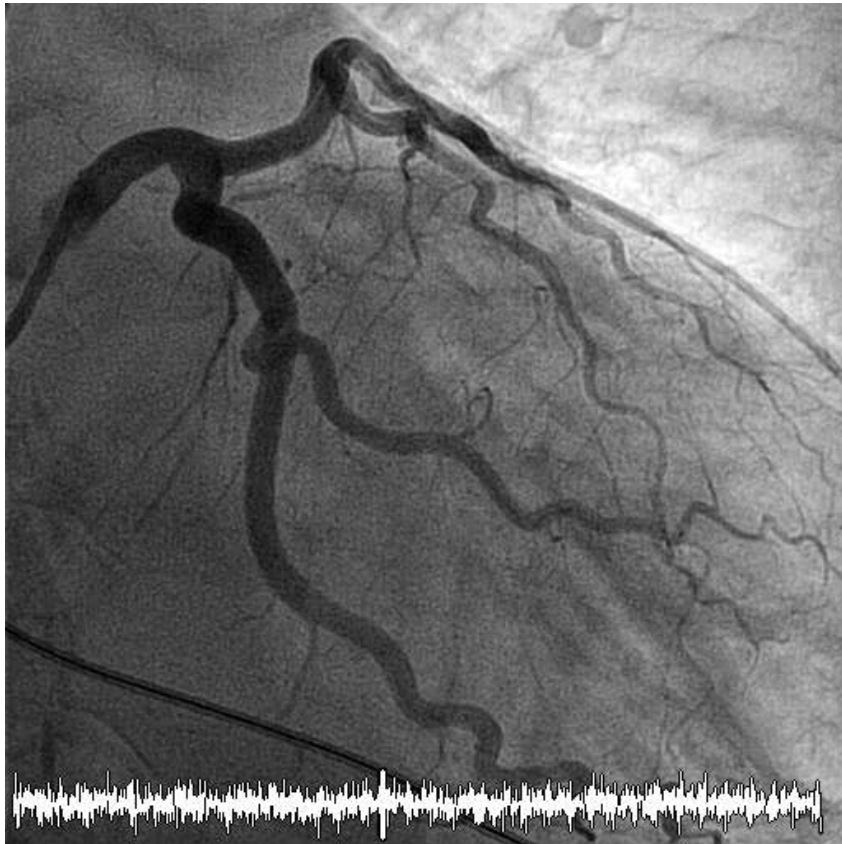
Se administra NTG si y se avisa al SEM.

- Acude el SEM 16:41 horas: Ante la ausencia de retrogradación de los cambios electrocardiográficos, se decide administrar premedicación habitual 300 mg de AAS, 600 mg de clopidogrel, 5000 UI de heparina sódica en bolus. Se activa el código IAM y se traslada de forma urgente a nuestro centro.



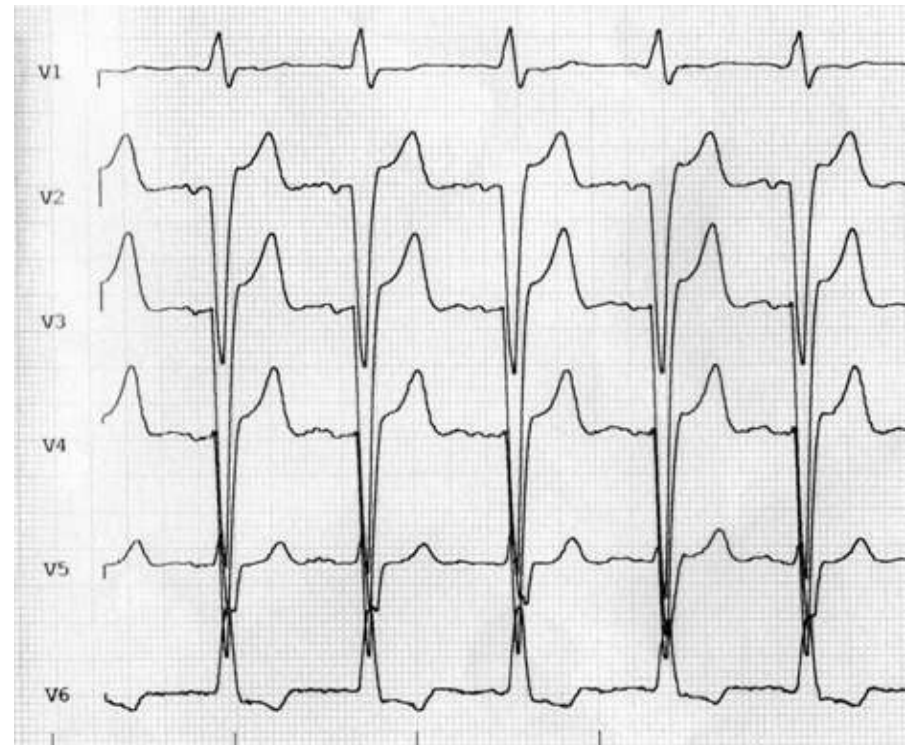
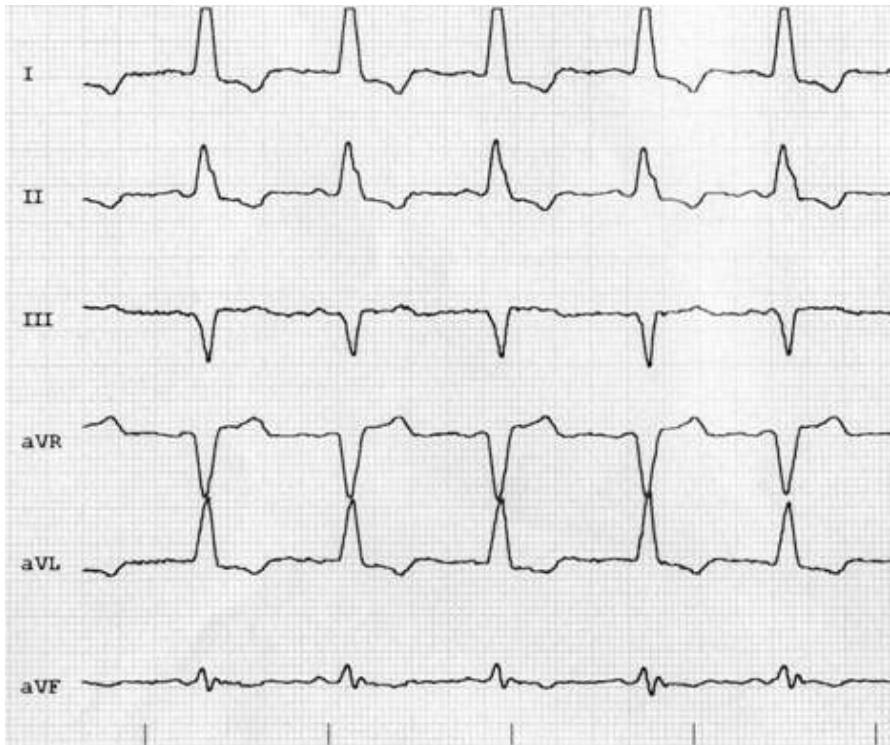
A su llegada a la sala de Hemodinámica a las 16:55 horas se revisan los ECGs y se confirma el código IAM, por lo que se realiza una coronariografía urgente vía radial derecha que no muestra lesiones significativas. Ventriculograma y posterior ecocardiograma sin alteraciones de la contractilidad segmentaria.

Ingresa en la Unidad Coronaria.



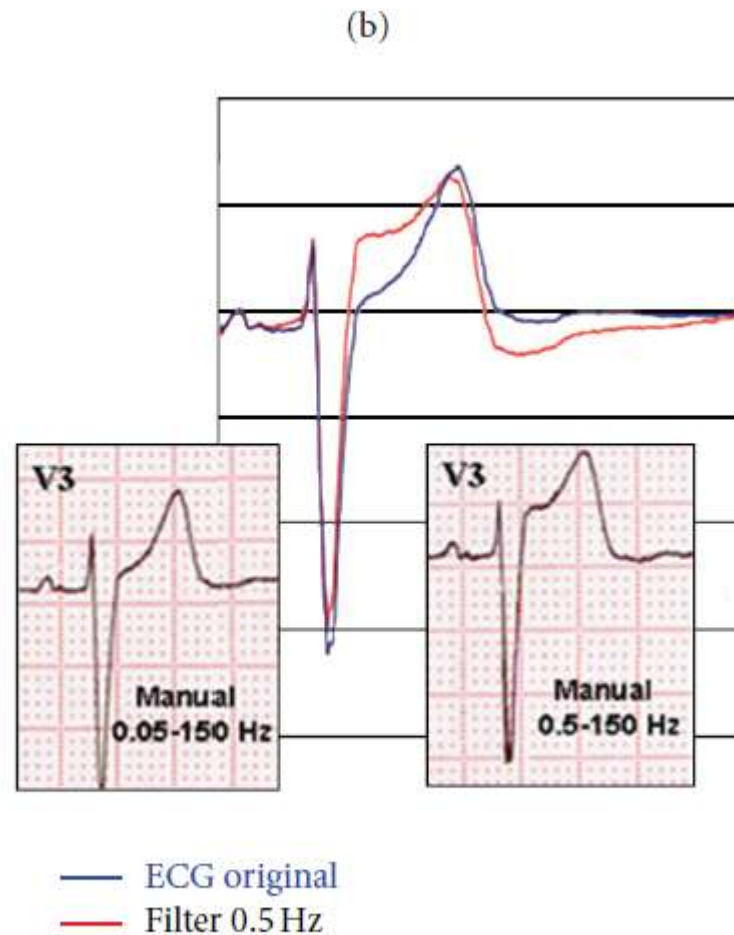
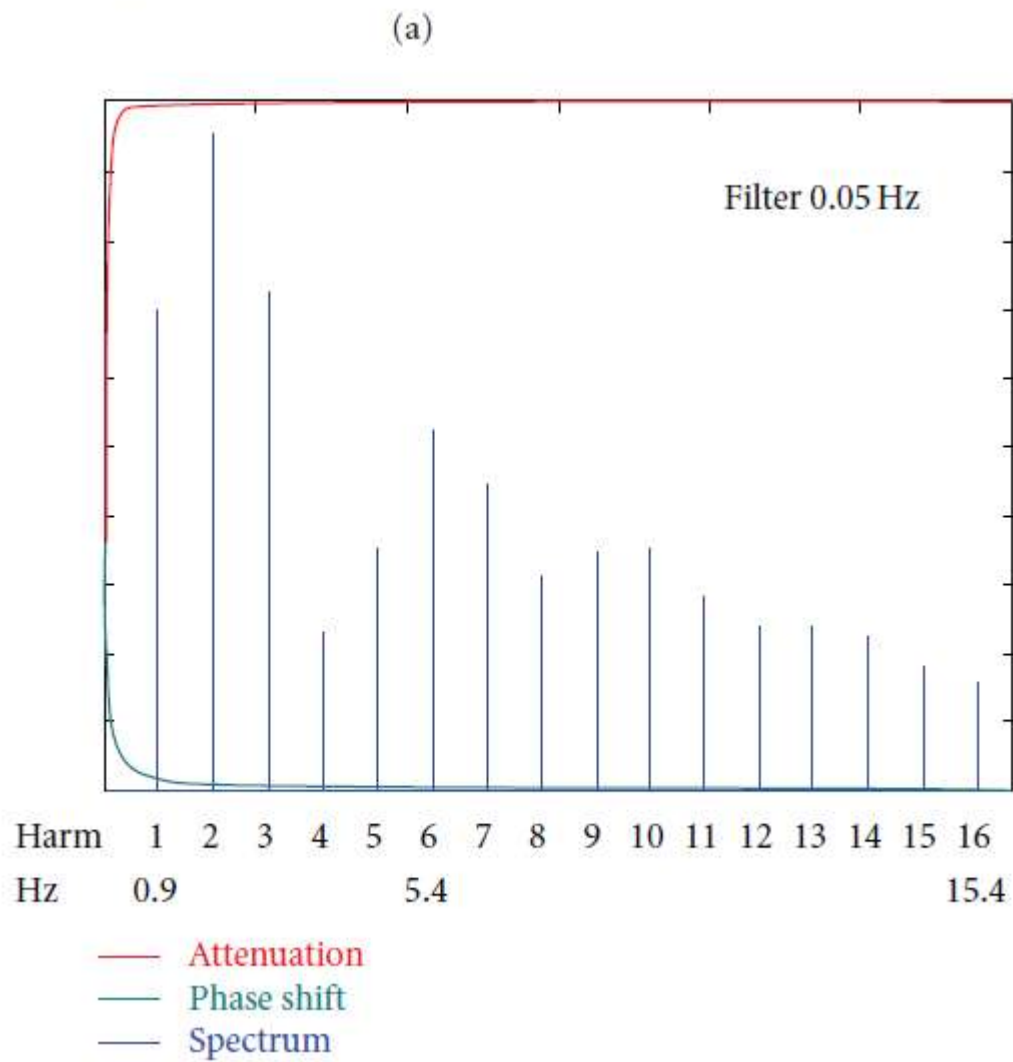
A su ingreso en la Unidad Coronaria, presenta TA 155/90 mmHg, FC 72x', SatO2 96%, con semiología de insuficiencia cardíaca izquierda y sin soplos significativos.

- Rx de tórax: patrón intersticial parahiliar bilateral sugestivo de ICI.
- Curva de marcadores de necrosis miocárdica negativa.
- El ECG de ingreso en la Unidad Coronaria muestra ...





Diagnóstico ??



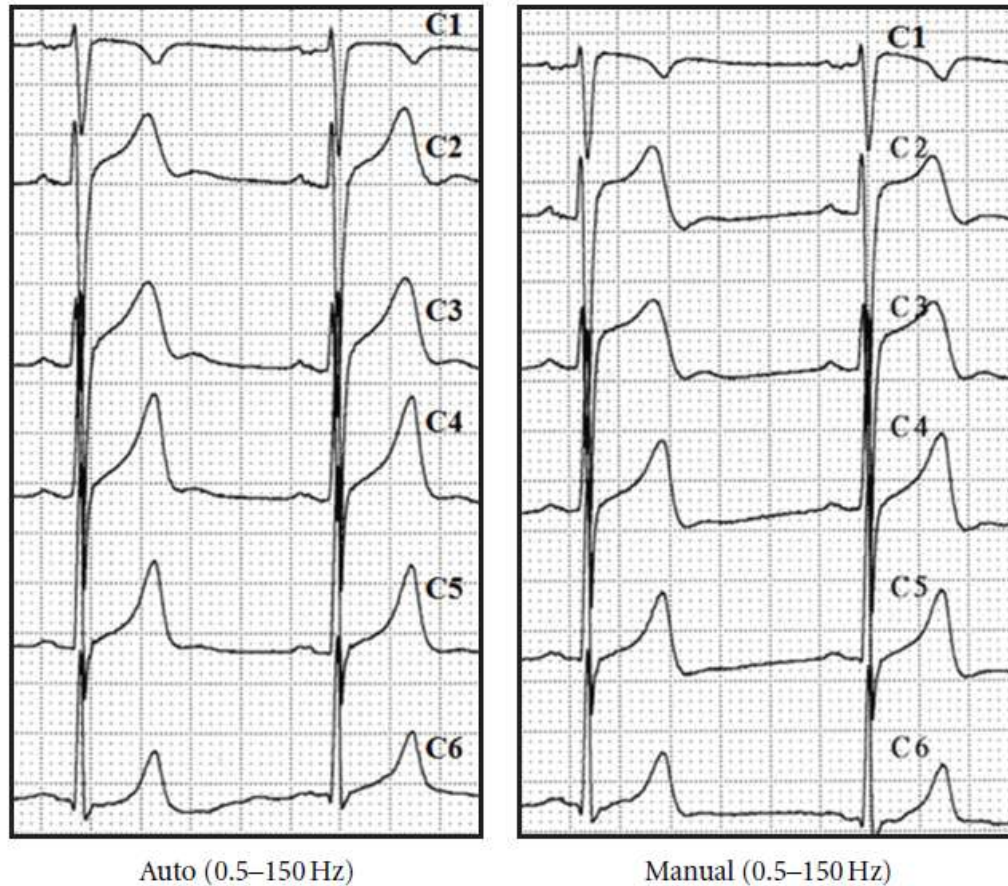
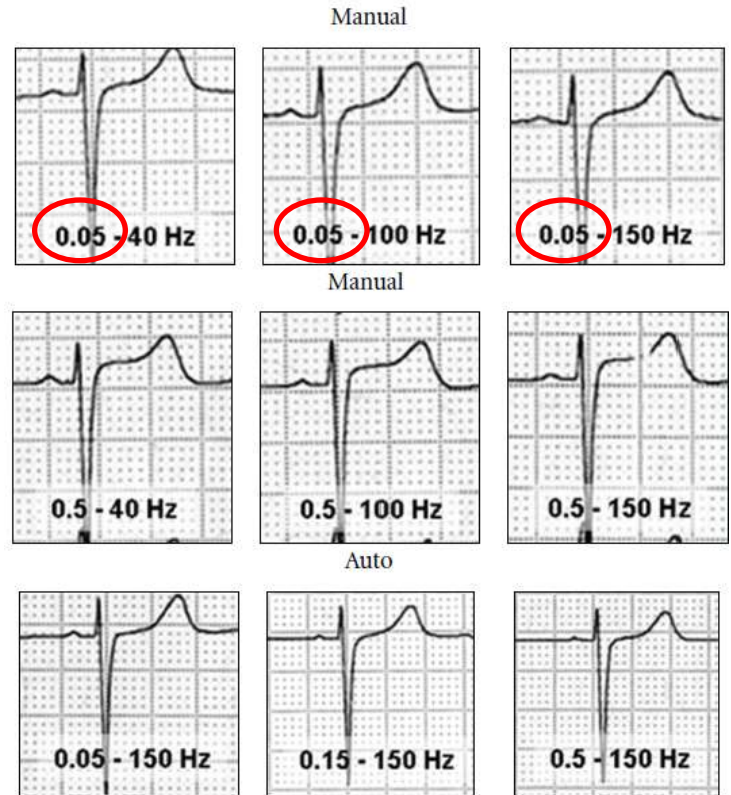
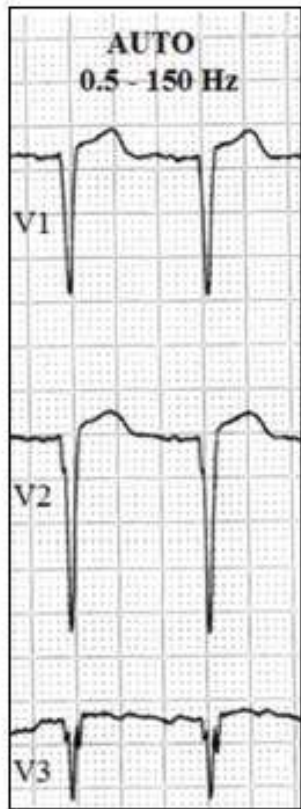


FIGURE 3: Auto versus manual ECG recording. Variations in the ST segment. ST elevation in V1–V3 on adopting manual mode ECG recording with 0.5–150 Hz bandpass filters. Auto means computer processed. Manual means real-time filtered.



DIAGNÓSTICO

Falso positivo de IAMEST por “artefacto” del ECG debido a registro en condiciones inadecuadas

Cuando se realiza un ECG en pacientes con sospecha de IAMEST, especialmente si de la localización anterior y / o cursa con BRIHH el registro debe ser siempre en **modo AUTO** y si es en **modo MANUAL** el “high-pass filters” debe ser de **0.05 Hz**.