



Cad Aten Primaria  
Año 2010  
Volume 17  
Páx. 44-46

## Pájaro de hierro en Cervantes

Contreras Martínón, Francisco

Médico coordinador de la central de coordinación de Urgencias Sanitarias 061-Galicia. (CCUS)

Somoza Digón, Jorge

Médico coordinador de la central de coordinación de Urgencias Sanitarias 061-Galicia. (CCUS)

Sanz Smith, Javier

Médico asistencial de la base medicalizada del 061 de Ourense.

González-Manso Fernández, José María

Médico del servicio de Radiología del Complejo hospitalario de A Coruña.

**Palabras clave:** Coordinación sanitaria, consulta telefónica, dolor torácico.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

### CASO CLÍNICO

Es un Martes de Invierno, la previsión meteorológica anuncia cielos nublados en toda Galicia. Son las 10:11 a.m. cuando se recibe una llamada en la CCUS de Galicia, en la que nos alertan de una paciente de 76 años que presenta dolor torácico. La teleoperadora que recibe la llamada aplica el protocolo informático de dolor torácico y se transfiere la misma a un médico consultor siendo clasificada como prioridad 1.

El médico realiza el interrogatorio telefónico y confirma que se trata de una paciente de 76 años, sin AP de interés y con una muy buena calidad de vida previa, que refiere dolor centro-torácico opresivo con disnea intensa de 30 minutos de evolución acompañada de cortejo vegetativo intenso, en forma de náuseas, sudoración y palidez. No refiere episodios similares previos. La paciente está consciente en todo momento, pero no es capaz de ponerse al teléfono, lo que añade presunta gravedad al cuadro.

Cervantes es un núcleo rural situado en el núcleo natural de Los Ancares lucenses en la región del río Navia. En esa zona de Galicia los recursos sanitarios de los que se disponen son:

- Médico de cabecera de la paciente que empieza a pasar la consulta a las 10:30 a.m. y está aproximadamente a 20 kms del domicilio de la paciente yendo por una carretera secundaria.

- Médico de atención primaria del centro de salud de Cervantes responsable de las urgencias en ese momento en esa zona y que está a unos 30 minutos del domicilio de la paciente.
- Ambulancia asistencial de la zona (A-388). Dicha ambulancia cuenta con 2 técnicos de transporte sanitario y tiene su base en Navia de Suarna. El tiempo estimado hasta el domicilio de esta paciente desde su base son 45-50 minutos.
- Ambulancia medicalizada (Am-741) con base en la ciudad de Lugo a unos 75-80 minutos .
- Dos helicópteros medicalizados con base en Ourense (H-4) (isocrona de 23 minutos) y Santiago de Compostela (H-3) (isocrona al punto de 36 minutos).

Dada la gravedad que sugiere el cuadro de esta paciente y con los recursos de los que disponemos en la zona, ¿qué le parece más adecuado movilizar desde el punto de vista de un médico coordinador de la central de coordinación de urgencias sanitarias de Galicia-061?

### COMENTARIOS

Resulta evidente la gravedad que sugiere el caso. Dado la lejanía del domicilio de la paciente de la base de la ambulancia asistencial de la zona, del médico de cabecera y del médico del centro de salud de Cervantes, decidimos enviar el helicóptero medicalizado con base en Ourense (H-4), que estima su llegada al punto en 23 minutos, siempre y cuando se lo permita la climatología.

La ambulancia medicalizada no es operativa en este destino por la distancia. El helicóptero con base en Santiago (H-3) está más lejos del punto que H-4 por lo que tampoco resulta un recurso útil.

Ante la previsible dificultad de tomar tierra de H-4 por climatología adversa, decidimos movilizar al médico del centro de salud de Cervantes, que minutos después fue anulado, debido a que el médico de cabecera de la paciente se hizo cargo de la misma, mejorando ostensiblemente el tiempo de llegada y asistencia en el domicilio. Asimismo movilizamos la ambulancia asistencial de la zona.

### Correspondencia

Francisco Contreras Martínón  
Central de Coordinación Urgencias Sanitarias 061 - Galicia.  
Edificio de Usos Múltiples (San Marcos). 15890 Santiago de Compostela.  
A Coruña. (España).  
E-mail: francisco.contreras.martinon@sergas.es

A la llegada del médico de cabecera, (22 minutos), nos confirma la sospecha de dolor torácico de origen isquémico. Minutos más tarde, el médico de H-4, nos informa que la paciente presenta bradicardia a 49 lpm, dolor retroesternal atípico y EKG sin alteraciones sugestivas de isquemia. Además observa asimetría de pulsos entre ambas extremidades superiores. Cincuenta minutos más tarde de ser activada, llega al domicilio la ambulancia asistencial de la zona.

Tenemos en el punto la ambulancia asistencial, el médico de cabecera, y H-4. ¿Qué decisión le parece la más acertada en este momento?

La ambulancia asistencial acompañada del médico de cabecera tardaría 75 minutos en llegar al Hospital Xeral de Lugo (hospital de referencia de esta paciente) por lo que se decide que pese a la mala climatología, la paciente es llevada al Hospital Xeral de Lugo por H-4 tardando en el traslado 16 minutos. A su llegada al Hospital, se le practican las siguientes pruebas diagnósticas:

EKG: Ritmo sinusal. Rx tórax: discreta hipodensidad en pulmón derecho en relación con hipoventilación. Analítica con enzimas cardíacas: normal. TAC TORACOABDOMINAL (con/sin contraste): Se muestra en la Figura 1.



FIGURA 1A

TAC Tóraco-abdominal con contraste



FIGURA 1B

TAC Tóraco-abdominal sin contraste

## PREGUNTA

Con los datos aportados ¿Qué patología sospecha que tiene la paciente?

- Síndrome coronario agudo.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Síndrome aórtico.
- Pericarditis.
- Síndrome de Tako Tsubo.

## RESPUESTA

La disección aórtica es un desgarro de la íntima de la aorta que origina que la sangre que circula en su interior diseeque la capa íntima de la media y se forme una falsa luz.

Según su localización, Stanford las clasifica en tipo A que afecta a la aorta ascendente y tipo B que no afecta a la aorta ascendente.

Según el tiempo de evolución son agudas cuando la evolución es menor de 2 semanas y crónicas si el tiempo de evolución es mayor de 2 semanas.

La disección es más frecuente en varones mayores de 40 años con historia de HTA y en personas jóvenes con antecedentes personales de síndrome de Marfan. El dolor suele ser de comienzo brusco, intenso y desgarrador, si aparece en tórax anterior suele orientar hacia disección de aorta ascendente; si el dolor es en el cuello y arco mandibular sugiere disección del cayado; si es en área interescapular sugiere aorta descendente torácica. Es típico que el dolor se desplace con la progresión de la disección.

TABLA 1

Tratamiento y manejo de una disección aórtica.

Tratamiento recomendado ante una disección aórtica
1. Reposo absoluto.
2. Dieta absoluta.
3. Monitorización electrocardiográfica con acceso rápido a un desfibrilador.
4. Canalización de una vía venosa periférica y perfusión inicial de suero glucosado al 5%.
5. Sondaje vesical.
6. Oxigenoterapia si la saturación arterial de oxígeno es < 90% cuantificada por pulsioximetría.
7. Medición de la presión arterial con periodicidad hasta estabilización del paciente.
8. Analgesia: Cloruro mórfico hasta que desaparezca el dolor con una dosis máxima total de 10 mg.
9. Bloqueadores beta por vía parenteral para alcanzar una frecuencia cardíaca alrededor de 60 latidos por minuto. Podemos administrar esmolol + nitroprusiato sódico. Algunos autores utilizan labetalol en monoterapia.
10. Indicaciones quirúrgicas: En la disección aórtica tipo A y en la tipo B complicada, el tratamiento de elección es la corrección quirúrgica, seguida de la reconstrucción de la pared aórtica. En la disección tipo B sin complicaciones se instaura inicialmente tratamiento médico.

En las formas agudas suele haber cortejo vegetativo y puede acompañarse de disnea, síncope, debilidad, etc...

Se puede detectar tanto hipertensión arterial (cuando se afecta el flujo de las arterias renales) como hipotensión (si existe hipovolemia). Se puede auscultar un soplo diastólico, vibrante y de variable intensidad, típico de insuficiencia aórtica sobre todo en las disecciones tipo A. Debemos descartar signos de taponamiento cardíaco. Los pulsos pueden estar conservados, si bien cuando se obstruye una de

las ramas de la aorta o se compromete su integridad, puede haber disociación de pulsos e incluso de presión arterial.

Ante la sospecha de disección aórtica el tratamiento debe ser instaurado lo más rápidamente posible. El tratamiento recomendado ante una disección aórtica se muestra en la Tabla 1.

La paciente presentada en el caso presenta una disección aórtica aguda tipo A, y fue trasladada de manera urgente al servicio de cirugía cardíaca del CHUAC, donde se le practicó una intervención quirúrgica bajo circulación extracorpórea, con sustitución de aorta ascendente y hemiarco, objetivándose durante la intervención una rotura aórtica de 2 x 2 cms. con sangrado activo.

La paciente presentó un postoperatorio favorable, siendo dada de alta hospitalaria, con recomendaciones de estilo de vida, control de factores de riesgo y anticoagulación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2004. Pág 189-191.
2. Marx JA. Medicina de urgencias, conceptos y práctica clínica. 2003. Pág 1171-1176.
3. Estrera Anthony et al. Is Acute type A aortic dissection a true surgical emergency? *Semin vasculat surg* 2002; 15: 75-82.
4. Blanco-Echevarría A. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2005. 61, 64, 271.