



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/160 - SÍNCOPE, LA IMPORTANCIA DE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL

V. Pérez Villacorta¹, E. Abascal Oyarzábal², C. García Rivero³, L. Moreno Suárez³, A. Altadill Bermejo², J. Villar Ramos⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años acude por síncope con cortejo vegetativo y sensación de giro de objetos, de segundos de duración y recupera la consciencia con el llanto de su hija recién nacida hace 2 semanas. Tras el síncope refiere disnea y dolor torácico centrotorácico que aumenta con los movimientos y se irradia a espalda. En urgencias permanece el dolor y la disnea. Refiere tomar correctamente toda la medicación. Afebril. No tos ni expectoración. No ortopnea ni DPN. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: General: afectada por el dolor. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. No aumento PVY. Tórax: AC rítmica sin soplos. AP: MVC en ambos campos pulmonares. Dolor a la palpación profunda en esternón y ambas líneas paraesternales. Abdomen: Distendido, blando y depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. RHA: normales. Puñopercusión renal: negativa. Extremidades: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes. Analítica: hemograma y bioquímica normales. PESI: 56 (riesgo muy bajo). Gasometría: pH: 7,41, pCO₂: 34 mmHg, pO₂ 62 mmHg, bicarbonato 21,6 mmol/l. Troponina I de alta sensibilidad 378,6 pg/mL. Dímero D: 1,307 mp/mL. ECG: ritmo sinusal, 105 lpm, Eje normal, bloqueo incompleto de rama derecha. Elevación ST con onda T invertido V1-V3. Elevación ST en AVR. Descenso ST en I, II, V5 y V6. Segundos ECG: Sin cambios respecto al previo. Inversión de ondas T en V1, V2 y V3 ya presente en electros previos. TC arterias pulmonares: Defecto de repleción en arterias pulmonares principales, lobares inferiores y arterias segmentales basales. Doppler de miembros inferiores venoso sin signos de TVP en territorio femoropoplíteo ni gemelar bilateralmente. Eco abdomen: colelitiasis.

Juicio clínico: TEP bilateral provocado.

Diagnóstico diferencial: IAM, TEP, vértigo, neumonía.

Comentario final: Este caso clínico refleja la importancia de los problemas sociales en la salud y como siempre tenemos que pensar en ellos y lidiarlos diariamente. En un principio en esta paciente no pensamos en TEP pese a la clínica sugestiva porque estaba con tratamiento anticoagulante en la receta electrónica tras ser dada de alta en ginecología por cesárea transperitoneal por placenta previa, pero no había recogido el tratamiento en la farmacia. En esta paciente la cirugía mayor y el puerperio serían los factores de riesgo para TEP. TEP de riesgo bajo (PESI 56) son todos los pacientes hemodinámicamente estables, sin factores de riesgo conocidos y sin disfunción ventricular derecha y/o afectación miocárdica. El tratamiento de elección recomendado en la actualidad en la fase aguda es una HBPM o el fondaparinux. En ningún caso se

recomienda la trombolisis.

Bibliografía

Ortiz Imedio J, et al. Enfermedad tromboembólica venosa. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid 2012; p. 419-35.