



## 469/47 - DISNEA AGUDA INESPECÍFICA

D. Santana Castillo<sup>1</sup>, A. Vega Zubiaur<sup>2</sup>, P. Peteiro Álvarez<sup>3</sup>, A. Mateo Acuña<sup>4</sup>, L. González Freire<sup>5</sup>, C. Gómez Vildosola<sup>6</sup>, F. Espinoza Cuba<sup>6</sup>, N. Gallo Salazar<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>7</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Acudimos a domicilio por masculino de 74 años que presentar disnea y palpitaciones en los últimos 4-5 días mientras se encontraba en la huerta cede con el reposo y no asociaba otra sintomatología, familiares comentan que volvió a presentar otro episodio con molestias centro torácicas, mareo, sudoración y no clara desconexión del medio. Exfumador 40 paquete/año, dislipemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica estabilizada al 100% en 2000, FE normal. Tratamiento: ácido acetilsalicílico 100 mg, olmesartán-amlodipino 40/10 mg, rosuvastatina 20 mg, omeprazol 20 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/66. FC 50. SAT 100%. Eupneico, sudoroso. Cyc: no soplo carotideo. Tórax acp: rítmico, no soplo, mvc. MI: pulsos presentes, no edema, no signos de TVP. ECG: RS a 50, HSA, PR 0,16, QRS 0,08, Descenso del ST V4-V6 cara lateral no conocido.

**Juicio clínico:** IAMSEST de alto riesgo Killip 1. Lesión grave coronaria distal.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presíncope vasovagal. Angina de esfuerzo.

**Comentario final:** Dolor torácico hoy en día constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, servicios de Urgencia de atención Hospitalaria e Extrahospitalaria, que tenemos que realizar una correcta exploración física, anamnesis y debemos de tener como objetivo enfocarnos. 1. Detectar patologías no coronarias potencialmente mortales que cursen con dolor torácico. 2. Reconocer aquellos dolores torácicos sugestivos de daño isquémico que debe ser diagnosticado y tratado a la mayor brevedad posible. 3. Identificar aquellos pacientes que son subsidiario de seguimiento y estudio ambulatorio. En nuestra comunidad contamos con la guía Actúa que se centra en establecer en cada nivel asistencial la mejor manera de tratar a dichos paciente con síndrome coronario agudo. Tras historial al paciente, explorarlo y los resultados del ECG nos ponemos en contacto con la Unidad de Coronaria de nuestro hospital de referencia que decide la derivación en soporte vital avanzado.

## **Bibliografía**

Obaya JC, Castellanos A, Bueno H. Cardiopatía isquémica. En: Bueno H, Lobos JM, Murga N, Díaz S. Procesos asistenciales compartidos entre atención primaria y cardiología. Sociedad Española de Cardiología (SEC) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). 2015; p. 57-63.