



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

482/949 - LAS LIMITACIONES DE LA CONSULTA TELEFÓNICA

M. García Clemente¹, I. Bernabeu González de la Higuera², T. Prieto González³ y V. Ferri Reig⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ²Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albatera. Albatera. Alicante. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almoradí. Almoradí. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años sin FRCV ni alergias medicamentosas. Fumadora habitual de hachís y consumidora de cocaína. Antecedentes personales de ansiedad, agudizada por COVID-19. Sin antecedentes familiares de interés. Tratamiento con anovulatorios. La paciente consulta de manera telefónica a su MAP por un dolor costal irradiado de tres noches de evolución asociado a una erupción según describe al facultativo, se diagnostica de posible herpes zóster, se trata con AINE y se cita para evolución. Un día después la paciente vuelve a consultar de manera telefónica por persistencia de un dolor inespecífico tratado como cervicalgia con relajante muscular y AINE. Seis días más tarde la paciente acude presencialmente a urgencias de Atención Primaria por un dolor torácico opresivo irradiado a espalda y brazo derecho de 6h de evolución acompañado de ansiedad. Último consumo de cocaína 72 horas antes de la consulta, mucho estrés en las últimas semanas. Podría parecer de entrada una crisis de ansiedad, pero al realizar ECG se observa una elevación del segmento ST en derivaciones anteriores.

Exploración y pruebas complementarias: Seriación: 14.780 pg/mL a > 25.000 pg/mL. Coronariografía: DA con lesión 70% en porción media que afecta a la salida de 1ª diagonal desarrollada. ACTP sobre DA media con catéter y stent farmacoactivo.

Orientación diagnóstica: SCA.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad, disección aórtica, neumotórax o TEP.

Comentario final: La principal causa de SCA son los fenómenos aterotrombóticos; sin embargo, existen otras alteraciones congénitas y adquiridas que pueden producirla como el consumo de fármacos o de tóxicos como la cocaína. El aprendizaje que queremos obtener de este caso clínico es que es importante llevar un protocolo establecido en las consultas telefónicas al igual que cuando se realiza una anamnesis y exploración en presencia del paciente.

Bibliografía

1. Medrano Plana Y, et al. Síndrome coronario agudo de causa no aterosclerótica.

Palabras clave: Infarto. Dolor. Teléfono.