



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

## 447/2 - RECUPERANDO EL VALOR DE LA ANAMNESIS

F. Panadero Riesco<sup>1</sup>, N. Rivero Sánchez<sup>2</sup>, S. Aldaz Vaca<sup>3</sup>, P. Romero Torres<sup>4</sup>, S. Sáez Jiménez<sup>5</sup>, J. Muñoz Novillo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.<sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos.<sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.<sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja.<sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.<sup>6</sup>Residente en Psiquiatría. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 78 años hipertensa en tratamiento acude remitida desde aviso extrahospitalario por equipo de atención primaria por cuadro de síncope y TCE no presenciado. La familia refiere que se ha caído y ha perdido la conciencia transitoriamente. El equipo de A. Primaria dado que se desconoce el orden y se encuentran fuera del centro de, remite para valorar patología neurológica. A la valoración en urgencias hospitalarias realizo anamnesis con la paciente, la cual refiere que han ido a la finca de sus hijos caminando 20 minutos, tras esto ha sufrido disnea de forma brusca, se ha mareado y caído al suelo, encontrándola la hija inconsciente y recuperándose rápidamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, presenta estabilidad hemodinámica, no se objetiva focalidad neurológica, y la auscultación cardiopulmonar y extremidades inferiores es normal. Solicito ECG para descartar origen cardíaco objetivando un BRDHH de nueva aparición, un patrón S1Q3T3 y una taquicardia sinusal, no presente previamente. En analítica sanguínea presenta únicamente un dímero D de 3.020. Se realiza Angio TAC pulmonar, evidenciándose una embolia pulmonar bilateral con su posterior tratamiento anticoagulante e ingreso en Neumología.

**Juicio clínico:** Tromboembolismo pulmonar bilateral. Síncope de origen cardiovascular y TCE secundario.

**Comentario final:** Ante un cuadro de pérdida transitoria de la conciencia es muy importante la correcta realización de la anamnesis y una exploración física antes de delegar el acto clínico en la realización de pruebas complementarias. Esta deberá incluir la colaboración de los testigos, la circunstancia de aparición (bipedestación, calor, reposo, ejercicio...), presencia o no de pródromos (mareo, náuseas, sudoración...), la duración, los eventos durante el mismo (palidez, movimientos tónico-clónicos...) y la recuperación. En el diagnóstico diferencial habrá que considerar los síncopes neuromediados (entre ellos tenemos: vasovagales, situacionales, hipersensibilidad de seno carotídeo), los ortostáticos (ya sean por disautonomía, fármacos, deshidratación...), aquéllos de origen cardíaco (por arritmias, cardiopatías o patología vascular), así como las crisis comiciales, los presíncopes y otras alteraciones del nivel de conciencia no recuperadas. En esta paciente, la aparición del síncope precedida de una disnea brusca sin otros pródromos, tras un esfuerzo y con un patrón ECG de BRDHH de nueva aparición, S1Q3T3 orientan a una causa tromboembólica. En caso de haberse podido atender a la paciente en el propio centro de salud, se habría evidenciado ya este cambio de perfil electrocardiográfico, comparando con previos y probablemente poder realizar una anamnesis más exhaustiva. No obstante se debe recordar que el ECG es normal en el 50% de los casos y la presentación de

esta patología supone siempre un reto clínico en el que se han de valorar la clínica, la probabilidad y las pruebas complementarias.

## Bibliografía

Del Val D, Rodríguez D, Segura de la Cal T, Zamorano JL. Síncope. Medicine. 2017;12(38):2275-81.

Antelo P, González M, Rey D. Tromboembolia pulmonar. ResiUrgencias: Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. Madrid, 2016; p. 130-6.

Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. semFYC, Barcelona 2004.