



AMORES QUE DUELEN

Autores: Iria Santos Pita, (RI MF y C) María del Rosario Lago Fernández (RIV MF y C) , Nerea Ares Furelos RIII MFyC María Prado Fernández (R1 MFyC) Centro de saúde de Vilanova de Arousa

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor torácico.

HISTORIA CLÍNICA:

ANTECEDENTES:

- NAMC.
- HTA, dislipemia, Sd. Ansioso-depresivo.
- Tratamiento: Enalapril, Trankimazin, Omeprazol, Lorazepam, Paroxetina.
- Cuidadora principal de su marido con demencia

ANAMNESIS:

Mujer de 79 años remitida del PAC por dolor opresivo centrotorácico, no irradiado, de una hora de evolución, tras acontecimiento estresante (TCE de su esposo). No otros síntomas.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA 146/73, FC 94, T°36,6°C, SatO2 96%, Glasgow 15.
AC: Rítmica, sin soplos ni extratonos, AP: mvc.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Sin alteraciones en repolarización.

Rx tórax: no cardiomegalia ni patología pulmonar.

Troponina 198 ng/L.

CONCLUSIONES:

Este caso pone de manifiesto la importancia del Médico de Familia como primer contacto entre paciente y sistema sanitario, vital a la hora de identificar signos/síntomas de alarma precozmente con el fin de filtrar y descartar, a la mayor brevedad posible, patologías graves o que entrañen riesgo vital. Además, refleja la importancia del estado emocional sobre la salud y su repercusión sobre el organismo, permitiéndonos incidir en la relevancia del Médico de Familia a la hora de realizar un abordaje biopsicosocial del paciente, considerando la dinámica y variabilidad de sus circunstancias vitales en cada momento y en la necesidad de proporcionar las herramientas necesarias para salvaguardar su adecuado autocuidado (tanto físico como psíquico), especialmente dado el incremento actual de patología relacionada con el estado de ánimo y el estrés en atención primaria.

JUICIO CLÍNICO:

Dolor torácico de origen coronario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: SCA, arritmias, valvulopatías, EAP.

TRATAMIENTO

Alprazolam y AAS.

EVOLUCIÓN:

Permanece en urgencias monitorizada, Mejoría del dolor tras el tratamiento. Traslado e ingreso en Unidad de Coronarias. Se realizan coronariografía sin lesiones y ecocardiograma en fase aguda con hipocinesia de segmentos medios y basales. Alta con diagnóstico de Síndrome Tako-tsu