



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3456 - Y si no va a andar, ¿Debo plantearme anticoagular?

M. Cano Gómez^a, M. Eguren^b, N.A. González Cárdenas^c, T. Segura Úbeda^a, M. Colón Mas^d y A. Barnes Parra^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Laboral. Hospital Morales Meseguer. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 70 años que refiere dolor torácico de gran intensidad sin irradiación ni cortejo vegetativo. No disnea, tos ni expectoración los días previos. Hace 4 días recibió el alta médica tras colecistectomía abierta. Sin embargo, no le prescriben profilaxis antitrombótica. Antecedentes médico-quirúrgicos: no HTA. DM-II en tratamiento con ADO dislipemia. Enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo asociado. SAHS (IAH 60,9). Colecistectomía.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientado. NH y NC. Eupneico en reposo. Palidez cutánea. TA: 146/54. FC: 67 lpm. SatO2: 92%. T^a: 36,5 °C. Glucemia 138. CyC: No IY. AC: rítmico sin soplos audibles. AP: MVC sin ruidos patológicos con hipofonesis generalizada. ABD: Cicatriz laparotomía en buen estado. Blando, depresible, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalias. MMII: No edemas sin signos de TVP. No dolor a la palpación Homans (-). Laboratorio: coagulación: dímero D: 6.184,0 ng/mL, INR: 0,95, Actividad de protrombina: 108,0. ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm. Eje: -30 °C. Radiografía de tórax: normal. Angio-TC arterias pulmonares: se identifican defectos de repleción en territorios arteriales derechos sin signos de sobrecarga. No se identifican defectos de repleción en el tronco ni en el resto de arterias pulmonares izquierdas. Resto del parénquima pulmonar sin alteraciones significativas.

Juicio clínico: TEP agudo de ramas derechas en paciente con cirugía abdominal reciente.

Diagnóstico diferencial: TEP pequeños distinguir de causas de cor pulmonare, como HT pulmonar primaria. TEP con condensación pulmonar y/o derrame pleural, diferenciar de procesos infecciosos, como neumonías y empiema. TEP masivo que se presenta como shock cardiogénico, diferenciar con IAM, disección aórtica aguda y taponamiento pericárdico.

Comentario final: Es indiscutible en la actualidad la necesidad de establecer una profilaxis antitrombótica correcta seleccionando los pacientes en función de sus factores de riesgo y el tipo de intervención. Es importante que el médico de familia maneje los criterios de la profilaxis TEV, tanto en quirúrgicos como en inmovilizados. Así como los tratamientos a largo plazo con antiagregantes plaquetarios, especialmente con aspirina, dada la enorme difusión de su uso.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos y actuación, 4^a ed.

Palabras clave: *Profilaxis antitrombótica en cirugía.*