Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2401

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3087 - ANTICOAGULACIÓN EN ICTUS HEMORRÁGICO: ¿RIESGO O BENEFICIO? A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Pini[a], J. Parra Jordán[b], G. Rosario Godoy[c], I. Veli Cornelio[c], R. López Sánchez[d] y A. Azagra Calero[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.[c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.[d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años con cuadro de mareos desde hace 5 días. Hace unas horas comienza con disnea y trabajo respiratorio súbito. Niega clínica infecciosa, no oliguria, no edemas. AP: Hace un mes ictus hemorrágico en Ganglios basales izquierdos secundaria a emergencia hipertensiva. Actualmente en rehabilitación por secuela neurológica. Tratamiento habitual: atenolol 50 mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/80, FC 78. Consciente, afebril. BEG. Taquipneico. SatO2: 95%. Tórax: ACP: hipofonesis bibasal. CV: rítmico, sin soplos. NRL: Afasia sensitivo-motora grave de predominio motor. Hemiparesia derecha con fuerza 4/5 homolateral. MMII: No signos de TVP, ni edemas. Hemograma y bioquímica = sin alteración. Troponina = 0,08 ng/mL. Dímero D = 12.500. ECG = RS 80 lpm. S en DI, Q en DIII con T negativa y T negativas de V1 a V4. Rx tórax = sin alteración. Eco TT = VD dilatado con signos de sobrecarga aguda de presión y disfunción sistólica grave. TAC torácico = tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo con signos de sobrecarga cardíaca derecha.

Juicio clínico: TEP masivo con sobrecarga derecha en paciente con ictus hemorrágico reciente.

Diagnóstico diferencial: Mareo inespecífico. Presíncope. Edema agudo de pulmón.

Comentario final: El ictus hemorrágico es una causa importante de morbimortalidad. La enfermedad tromboembólica es una complicación frecuente, 2-40% para TVP y 2-5% para TEP, en estos pacientes en los meses posteriores al ictus hemorrágico debido a las secuelas de hemiplejias/hemiparesias y al encamamiento que se produce en estos pacientes. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son una opción terapéutica, pero para indicarlas se debe considerar el riesgo de resangrado intracraneano y aunque las diferentes guías varían en el momento de inicio hay un consenso en que a partir de los 7 a 14 días tras el evento hemorrágico la anticoagulación profiláctica es necesaria. Esta terapia es una decisión difícil, que deberá individualizarse teniendo en cuenta las características y el contexto clínico del paciente, valorando individualmente el riesgo beneficio ya sea por su especialista o por el MAP si fuera necesario. Nuestro paciente falleciendo a las pocas horas de su ingreso en Urgencias.

Bibliografía

1. Morgenstern LB, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2010;41:2108.

Palabras clave: Ictus hemorrágico. Enfermedad tromboembólica. Anticoagulación profiláctica.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.