

## 347/1076 - ¿PENSAMOS EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

E. Nadal Fontané<sup>a</sup>, S. Fernández Barrio<sup>b</sup>, V. Monforte Rodríguez<sup>c</sup> y C. Ortodó Parra<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Eulalia Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. CAP Sanfeliu. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>d</sup>Médico de Familia. CAP Emigrant. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años (obesa, hipertensa y dislipémica), acude al CAP por clínica de astenia con debilidad generalizada, una semana de evolución, asociando los últimos tres días disnea a moderados esfuerzos. No dolor torácico ni pleurítico, fiebre o tos. Niega semiología de insuficiencia cardíaca aguda o sobreinfección respiratoria. No antecedentes de cirugía mayor previa, no toma de anticonceptivos orales, ni inmovilización reciente prolongada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable, sin taquicardia, eupneica con saturación basal 98%, afebril. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos, no otros ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores sin signos de TVP. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 75 lpm, eje 0º. Ondas T negativas V1-V6 y aVL. Patrón S1Q3T3. En base a los síntomas y signos, aunque con baja probabilidad clínica (escala WELLS 0), se deriva a CUAP para determinación de Dímero D, considerando su utilidad por alto valor predictivo negativo. Analítica: No anemia ni leucocitosis. Dímero D 1.915 ug/L. Troponina T 33 ng/L, PCR 49,4 mg/L, Pro-BNP 3.342 ng/L. Tras resultados analíticos, sin poder descartar diagnóstico de TEP, se realiza traslado a hospital. Gasometría arterial basal: normal, sin hipoxemia. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Eco-Doppler venoso: miembro inferior izquierdo con trombosis de vena gemelar. TAC torácica: TEP en ambas ramas de arteria pulmonar. Sobrecarga de cavidades derechas e hipertensión pulmonar.

**Orientación diagnóstica:** Tromboembolismo pulmonar bilateral, PESI 67 (bajo riesgo).

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca aguda, anemia, neumonía.

**Comentario final:** La enfermedad tromboembólica supone un problema de salud significativo por su elevada morbilidad y prevalencia, cobrando especial importancia la sospecha clínica inicial en atención primaria, destacando la dificultad presente ante la gran variedad de manifestaciones. La orientación diagnóstica en la consulta de atención primaria será el punto de partida en el proceso, derivándose al centro de urgencias para realización de dímero D y así confirmar o no la sospecha clínica.

### Bibliografía

1. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, et al. Task Force for Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of European Society of Cardiology. 2014 ESC guidelines on diagnosis and

- management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2014;35:3033-69.
2. Vázquez MJ, Casal JR. Guía de actuación en Urgencias, 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.

**Palabras clave:** Tromboembolismo pulmonar. Dímero D.