

424/1828 - ¿ANSIEDAD EN PACIENTE POSQUIRÚRGICO?

D. Gajate Herrero¹, N. Diego Mangas², F. Gómez García¹ y A. García Pérez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ²Médico de Familia. Centro de Salud Calzada Valdunciel. Salamanca. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años obeso (IMC 46 kg/m²). Sometido el 27/05/2019 a cirugía bariátrica (gastrectomía tubular laparoscópica). Dado de alta con enoxaparina subcutánea 40 mg/día durante 15 días. Acude a Urgencias 21 días tras la intervención (6 días tras finalizar HBPM) por un síncope en reposo sin pródromos de un minuto de duración. Tres días antes había consultado a su médico de familia por disnea, que se atribuyó a ansiedad tras la cirugía, pautándose diazepam 5 mg antes de acostarse.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Sudoroso y taquipneico. PA: 134/98 mmHg. FC: 110 lpm. Gasometría arterial basal: pO₂: 50 mmHg. pCO₂: 17 mmHg. HCO₃: 15 mEq/L. pH: 7,22. Lactato 10 mmol/L. Abrasión en raíz nasal. A. cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: blando. Depresible. Cicatrices de laparoscopia sin complicaciones. EEII: edema bimaleolar. Sin signos de TVP. ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm. BCRDHH. Patrón S1Q3T3. Analítica: creatinina 2,75 mg/dl (FG: 26). Troponina TUs: 103,40 pg/mL. ProBNP: 22.398 pg/mL. Dímero D: 68,5 ?g/mL.

Orientación diagnóstica: Ante la alta sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (Escala Wells: 6 puntos) de riesgo alto (PESI IV) se solicita AngioTAC urgente que no se realiza por la insuficiencia renal. Para apoyar nuestra sospecha solicitamos ecocardiograma urgente, objetivándose signos graves de disfunción de ventrículo derecho. Durante su estancia en Urgencias el paciente comenzó con inestabilidad hemodinámica, por lo que ingresó en UCI. Se desestimó fibrinolisis por cirugía reciente y trombectomía percutánea por insuficiencia renal, por lo que se trató con heparina sódica. El paciente presentó mala evolución pese a drogas vasoactivas y soporte circulatorio con ECMO, falleciendo 3 días después.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. TEP. Síncope.

Comentario final: El diagnóstico de ansiedad ante un paciente con disnea debe ser siempre de exclusión, más aún en aquellos pacientes con diagnósticos más probables. Existe un riesgo de 0,3% de TEP tras cirugía bariátrica (CB) pese a una correcta tromboprofilaxis, siendo ésta la principal causa de mortalidad postoperatoria de estos pacientes. Se recomienda combinar métodos mecánicos y farmacológicos para prevenirlo. Aunque la dosis estandar de HBPM en sometidos a CB es de enoxaparina 40 mg/24h 14 días, la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad recomienda dosis de 60 mg/24h si IMC > 40 kg/m², valorando aumentar el tiempo de tromboprofilaxis.

Bibliografía

1. García A. Profilaxis Tromboembólica en Cirugía Bariátrica. S.E.C.O (Junio 2016).

Palabras clave: Ansiedad. TEP.