Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1476

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1244 - DOCTORA, ME ENCUENTRO MUY MAL

C. Montoya Belmonte[1], A. Bárzano Cruz[2], M. Gómez Valenzuela[3] y C. Hernández Pérez-Molera[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santo Ángel. Murcia.[2]Médico de Familia. Centro de Salud de la Alberca. Murcia. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años estando en sala de espera para recoger una analítica de control comenzó con sensación nauseosa y de inestabilidad, nos avisó el personal de enfermería, y procedimos a su valoración inmediata. Presentaba MEG malestar general con sensación nauseosa con posterior sincope sin pérdida de esfínteres. El paciente no refería dolor torácico ni disnea ni otra sintomatología acompañante. Fue traslado al servicio de Urgencias de referencia mediante ambulancia medicalizada.

Exploración y pruebas complementarias: En el momento que entró en nuestra consulta procedimos a la toma de constantes objetivando: Tª: 36,6 ºC, TA: 100/45, FC: 120 lpm, SatO2 92%. AC: arrítmico sin soplos ni extratonos. AP: hipoventilación sin ruidos sobreañadidos. A su llegada a urgencias está con malestar general sin dolor torácico ni disnea ni otra sintomatología y hemodinámicamente estable, se realizó ECG en FA con ondas T negativas en cara inferior y precordiales y ETT donde se aprecia Ventrículo derecho severamente dilatado con trombo móvil en aurícula derecha. Realizan posteriormente angioTAC pulmonar que informa de TEP bilateral con signos indirectos de sobrecarga de cavidades derechas. Se administra bolo de heparina sódica de 5.000 UI. Se decidió ingreso en UCI donde el paciente tenía TAS de 80 mmHg, iniciándose fibrinólisis iv. Experimentó mejoría clínica, de las tensiones y de la función de ventrículo derecho. Ante dicha mejoría se decidió ingreso en planta, iniciándose HBPM (bemiparina 10.000) sin complicaciones inmediatas y con mejoría clínica, analítica y ecocardiográfica por lo que se decidió alta con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Orientación diagnóstica: Ante un paciente con disnea súbita sobre todo si antecedentes de cáncer, cirugía o inmovilización debemos sospechar TEP.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio. Taponamiento cardiaco. Neumotórax a tensión. Disección de aorta. Edema agudo de pulmón.

Comentario final: El TEP es la 3ª causa de muerte hospitalaria, además de la alta mortalidad presenta una importante tasa de secuelas. Presenta una clínica variable, silente e inespecífica, de difícil diagnóstico, por lo que debemos estar alerta sobre todo si aparecen FR. Las pruebas complementarias son útiles para el diagnóstico el ECG, radiografía de tórax, gasometría, dímero-D y arteriografía.

Bibliografía

1. Rozman C. Farreras-Rozman Medicina interna, 17ª ed. Elsevier. Barcelona, 2014.

Palabras clave: Embolia pulmonar. Disnea. Trombosis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.