



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/157 - La importancia de la prevención de la enfermedad tromboembólica

N. Santos^a, M.P. Carlos González^b, D. Toresano López^c, V. Acosta Ramón^d, A.M. González Pedraja^e, L. Alli Alonso^f, C.A. Reyes Mateo^g, M.J. Labrador Hernández^h, J.L. Cepeda Blancoⁱ y N. Ovalle González^j

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ⁱMédico Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Interna; ^eFEA Urgencias. ^jMédico de Familia. Urgencias; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. ^gMédico. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^hMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años con antecedentes de dislipemia, trombocitosis esencial (JAK-2 negativo). En tratamiento con lansoprazol, budesonida, Adiro 100 y tramadol. Sufre atropello con fractura supraintercondílea de codo izquierdo y fractura de escápula derecha con manejo conservador. Dada de alta con analgesia y Adiro. Acude a su médico de atención primaria por presentar desde hace 48h disnea. Además sufre episodio sincopal brusco con mareo y sudoración, se decide traslado a urgencias con MEG, hipotensa y sudorosa.

Exploración y pruebas complementarias: Inicialmente MEG, mal perfundida, livideces. Sin poder captar TA. FC 120 lpm. AC: arrítmica, soplo sistólico. AP: MVC. ABD: anodino. MMII: pulsos femorales presentes, mayor intensidad del derecho, pulsos pedios positivos. No edemas. ECG: FA a 120 lpm con BCRDHH y signos de sobrecarga derecha y patrón S1Q3T3. En analítica dímero D 24.374 ng/mL. Se realiza TAC de arterias pulmonares apreciándose TEP bilateral ocupando todas las ramas lobares y segmentarias en múltiples localizaciones con gran sobrecarga derecha. En ecocardiograma VD gravemente dilatado y disfuncionante. FEVI conservada.

Juicio clínico: Embolismo pulmonar agudo.

Diagnóstico diferencial: Origen cardíaco: arritmia, isquemia, anomalías estructurales/valvulares, taponamiento. Hemorragia: gastrointestinal, aneurisma aórtico roto. Embolia pulmonar. Neurocardiogénico. Hemorragia subaracnoidea.

Comentario final: Nuestra paciente presenta respuesta parcial inicialmente a fluidoterapia e inotrópicos. En las primeras horas presenta deterioro hemodinámico y respiratorio con hipotensión y bradicardización progresivas. Dado el antecedente de atropello con fractura que precisó cirugía hace menos de tres semanas no podemos realizar fibrinolisis por lo que se Inicia anticoagulación administrando una primera dosis de Clexane 60 mg. Es finalmente exitus. Según el algoritmo de tratamiento ante situación hemodinámica inestable debemos realizar fibrinolisis, al estar en este caso contraindicada deberíamos haber pautado Heparina no fraccionada. En esta situación, que existe riesgo alto para sufrir TEP evidenciado por edad, trauma y trombocitosis se opta por tratamiento con heparina de bajo peso molecular en vista de la mala

situación basal de la paciente. Realizando escalas de probabilidad pretest (Wells y Ginebra) el cálculo de riesgo sería alto por lo que deberíamos haber solicitado angioTC urgente, obviando el dímero D. En las escalas pronósticas obtendríamos PESI modificado elevado, o PESI estándar 5/5. Este, es un modelo de evaluación de la gravedad y mortalidad esperada de enfermos con embolismo pulmonar, que en nuestro caso sería elevado, basándose en hallazgos clínicos fácilmente determinables que no requieren pruebas de laboratorio o radiológicas. En consulta de primaria debemos prestar especial atención a la prevención de enfermedad tromboembólica. En nuestro caso se trata de una mujer que sufre traumatismo con situación previa de trombocitosis pero que no justifica tratamiento, salvo antecedentes de TEP/TVP o neoplasia. Tras traumatismo, como prevención de ETEV debería haber recibido HBPM profiláctica durante el postoperatorio durante el tiempo que se mantuviese inmovilizado el brazo izquierdo. Si nuestro caso se presentase en un SUAP deberíamos realizar ECG, pautar oxígeno, estabilizar hemodinámicamente y remitir a urgencias para hacer un angioTC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grossman SA, Babineau M, Burke L, et al. Do outcomes of near syncope parallel syncope? Am J Emerg Med. 2012;30:203.