

## 349/54 - MEDICINA PERSONALIZADA

G. Alonso Sánchez<sup>1</sup>; G. Muñoz Saura<sup>2</sup>; M. Fernández Rodríguez<sup>3</sup>; B. Martínez Baeza<sup>4</sup>; C. García-Giralda Núñez<sup>3</sup>; D. Fernández Valdivieso<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 3er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; <sup>2</sup>Médico Residente de 3er año. Talavera de la Reina. Toledo.; <sup>3</sup>Médico Residente de 2º año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; <sup>4</sup>Médico Residente de 1er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; <sup>5</sup>Médico Residente de 2º año. Orihuela. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de varón de 95 años con antecedentes de HTA, y anemia ferropénica en seguimiento por digestivo por hemorragias digestivas debidas a angiodisplasias múltiples de intestino delgado. Acude a urgencias por sensación de presión y pinchazos centrotoracicos con los esfuerzos y al caminar. No refiere disnea, ni ortopnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** El paciente presenta buen estado general, normohidratado y normocoloreado, eupneico y afebril. Saturación O 92%. A la auscultación cardiopulmonar esta arrítmico, sin ruidos pulmonares patológicos. El abdomen es no doloroso a la exploración sin signos de irritación peritoneal. No presenta edemas en miembros inferiores. Se realiza analítica: hemograma: leucocitos 6870 (72.9% neutrófilos), hemoglobina 11 g/dl, hematocrito 37.9%, VCM 85.7 FL, Plaquetas 297000, ProBNP 3990; bioquímica: glucosa 93, urea 45, creatinina 1.07, Sodio 145, potasio 5.3, troponina I 0.01. ECG: Arrítmico, no se visualizan ondas P, compatible con flutter a 80 lpm. Radiografía tórax: refuerzo hiliar bilateral. Atelectasia base pulmón derecho crónica.

**Juicio clínico:** Flutter. Insuficiencia cardiaca leve.

**Diagnóstico diferencial:** Ángor inestable, IAM, dolor osteomuscular.

**Comentario final:** El paciente quedó en el área de observación para depleción hídrica y monitorizar enzimas cardiacas, que fueron negativas. Se calculó en riesgo de trombosis con resultado de indicación de anticoagulación. Además también tenía indicación de antiagregación por las características del dolor. Sin embargo, valorando el riesgo/beneficio se decidió no anticoagular ni antiagregar, ya que en el último informe de digestivo indican no hacerlo salvo claro beneficio para el paciente. He elegido este caso para destacar la importancia de individualizar la medicina según cada paciente, y esto es algo que sobretodo pueden realizar los médicos de primaria ya que son los que mejor conocen al paciente.

### Bibliografía

Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Manual de diagnóstico y terapéutica médica Hospital Universitario 12 de Octubre. 7<sup>a</sup>ed. Madrid: Univadis; 2012.

January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014;130(23):2071-2104.