



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1970 - AUTOMEDICACIÓN, "ACTO PELIGROSO"

I.M. Pérez Rogado^a, J.C. López Caro^b, M.D. García Sánchez^c, J.M. Llamazares Medrano^d, M. González Vázquez^d, M. Hierro Cámara^c, A. Vázquez Sánchez^e, M.M. San Emeterio Barragán^f, E. Bermejo Ruiz^g y M.J. Domínguez Arévalo^h

^aMédico de Familia. Centro de Salud Gorliz. Vizcaya. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cotolino. Cantabria. ^cMédico de Familia. C.S. Cotolino Norte (I). Castro Urdiales. ^dMédico de Familia. C.S. Cotolino Sur (II). Castro Urdiales. ^eMédico de Familia. Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^fMédico de Familia. SCS. Cantabria. ^gMédico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Valle de Villaverde. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Colindres. Colindres.

Resumen

Objetivos: Paciente de 80 años, alérgica a cotrimoxazol e intolerancia digestiva a rifampicina. DM tipo II, HTA, osteomielitis crónica femoral dcha. por estafilococo (2013), Anemia megaloblástica por déficit de B12 (seguimiento hematología). Tratamiento: metformina, candesartan/hctz. EA: Resfriado desde hace 4 días y tras tomar Fricold, comienza con distensión abdominal, disnea de esfuerzo y desde hace dos días comienza con dolor en escapula derecha que empeora con el movimiento. Tras la exploración del paciente y control de constantes, se realiza un ECG con ACxFA rápida a 160 lpm. Se decide derivar al hospital de referencia.

Metodología: TA: 175/110, FC: 150 lpm. Sat O₂: 99%. BEG, CC: no adenopatías no aumento PVY. A. card: arrítmica. A. pulm: mv disminuido, crepitantes leves en bases, ABD: blando, depresible, no doloroso. EEII: no edemas. ECG: fibrilación auricular a 150 lpm. Analítica: GLu 142, tropT: 202, Dímero D: 970. Rx tórax: pinzamiento de senos diafragmáticos. TAC torácico: derrame pleural bilateral moderado. Aumento de densidad en ambas bases pulmonares, patrón en vidrio deslustrado. PB: edema cardiogénico. Tratamiento en urgencia: Clexane, atenolol, con respuesta parcial. Se añade digoxina y diurético. Ingreso en planta de cardiología.

Resultados: ACxFA rápida. Derrame pleural bilateral. ICC leve. Diagnostico diferencial: patología osteo-articular (cervical, hombro, etc.). Patología respiratoria (infección respiratoria), Alergia o intolerancia a fármacos. TEP.

Conclusiones: Es frecuente el error diagnóstico cuando el paciente minimiza su sintomatología ante un cuadro clínico que el facultativo no tiene clara su etiología. El 30% de los pacientes < 65 años que acuden a urgencias con FA son idiopáticas, es decir, de causa desconocida. La prevalencia de esta cardiopatía aumenta con la edad. En la población general es del 0,4% y prácticamente del 5% en > 65 años. La proporción de ACV asociado con FA se incrementa hasta el 23,5% en pacientes de 80 a 89 años. En este último grupo etario la arritmia es un predictor independiente para ACV, además de la hipertensión o la insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Automedicación. Disnea. Arritmia. Fibrilación.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.