



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

447/27 - IMPORTANCIA DE LAS ESCALAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Velilla Zancada¹, R. Montiel Argáiz², R. Victoriano Lacalle³, J. González Aguilera¹, J. Gómez Sáenz¹; A. Ibáñez Leza¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. Logroño. La Rioja. ²Médico de Familia. Centro de Salud Calahorra. Logroño. La Rioja. ³Servicio Enfermería. Centro de Salud Nájera. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años con antecedentes de hipertensión y diabetes bien controladas con enalapril 20 mg cada 12 horas y metformina 850 mg cada 12 horas. Intervenido de carcinoma epidermoide de lengua hace un mes (T2, N2, M0), actualmente en tratamiento con quimioterapia.

Exploración y pruebas complementarias: Acude al centro de salud por presentar cuadro de 24 horas de evolución de dolor en la pantorrilla izquierda con tumefacción. En la exploración destaca una extremidad inferior izquierda con cordón flebítico, edema respecto a contralateral y Homans positivo. Auscultación cardiopulmonar y resto de exploración física normal. Presión arterial (PA) 142/82 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 75 latidos por minuto (lpm) electrocardiograma normal. Escala Wells 6. Escala Ginebra 17. Se deriva a urgencias para realización de pruebas complementarias ante riesgo alto de trombosis venosa profunda (TVP) y a los 10 minutos el paciente vuelve por episodio de mareo, sudoración, disnea y dolor centrotorácico no irradiado. Se reexplora y presenta PA 158/84 mmHg, FC 100 lpm. Pálido y sudoroso, afectado por el dolor. Electrocardiograma: descenso de ST en cara inferior y lateral. Patrón S1Q3T3. Ecografía doppler: trombosis venosa profunda de extremidad inferior izquierda desde femoral común hasta poplítea. Angio-TAC: tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo con trombo en la bifurcación de arteria pulmonar común. No se observa infarto pulmonar.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda.

Comentario final: Ante la clínica del paciente y una alta probabilidad de TVP mediante dos escalas se derivó al hospital donde se hicieron pruebas complementarias y se confirmó el diagnóstico. Destacar la necesidad de hacer un ECG ante la sospecha de TVP ya que la clínica puede cambiar, y como es el caso, el paciente hizo un TEP con inestabilidad hemodinámica con un patrón característico electrocardiográfico. El paciente actualmente está anticoagulado con acenocumarol, con buenos controles, y debe mantenerlo durante 6 meses.

Bibliografía

National Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism. Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR). Society Española Internal

Medicine (SEMI). Spanish Society of Thrombosis and Haemostasis (SETH). Spanish Society of Cardiology (ESC). Spanish Society of Medicine Accident and Emergency (SEMES). Spanish Society of Angiology and Surgery Vascular (SEACV). Arch Bronconeumol. 2013;49:534-47.