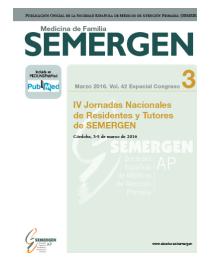




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## O-052 - DOCTOR, ME SIENTO MUY DÉBIL

R.C. Fuentes Mendoza<sup>a</sup>, M. Gorospe<sup>b</sup>, S. Euceda Flores<sup>b</sup>, V.R. Quinto Lechado<sup>c</sup> y J.M. Comas Samper<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Puebla de Montalbán. <sup>b</sup>CS Santa María Benquerencia. <sup>c</sup>CS Pedro de la Fuente Bargas.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 65 años que acude a nuestra consulta por notar fatiga y debilidad generalizada, refiere que hace tres semanas presentó un cuadro pre sincopal y desde ese día ha aumentado la sensación de debilidad con disnea de leves esfuerzos; desde hace 15 días toma olmesartan-40 mg/24 horas. Antecedentes: Hipertensión arterial esencial, Insuficiencia cardiaca, Dislipemia. Cirugía de columna dorsal en el 2012, prótesis de cadera en el 2013, control en Unidad del dolor por ciática derecha y deambulación muy escasa desde hace tiempo. Tratamiento: Fentanilo parches de 50 µg 1/72 horas, furosemida 40 mg cada 24 horas. Ácido acetilsalicílico-100 mg/24 horas, fluvastatina-80 mg/24 horas, escitalopram-15 mg/24 horas, mirtazapina-15 mg/24 horas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada en las tres esferas, eupnéica, Tórax: adecuada expansión, hipofonesis generalizada, no ruidos patológicos agregados. Abdomen: panículo adiposo abundante, peristaltismo presente y normal, no signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: edema grado I-II. Tensión arterial 70/50 mmHg. T<sup>a</sup>: 36 °C. FC: 82 Lpm. SatO<sub>2</sub>: 98%. Peso: 89 Kg. IMC: 34,76. Se suspende diurético y control en una semana, A los tres días regresa por exacerbación de síntomas. TA: 60/50 mmHg. FC: 120 Lpm y taquipnea. Se deriva a urgencias hospitalarias.

**Juicio clínico:** Disnea de origen multifactorial.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca. Tromboembolismo pulmonar (TEP). Ansiedad. Iatrogenia por uso de derivados de opioides.

**Evolución:** Se deriva al paciente a urgencias hospitalarias donde objetivan TA: 80/55 mmHg. T<sup>a</sup>: 35,7 °C. SatO<sub>2</sub>: 98%. FC: 100 Lpm. ECG: Frecuencia 82 lpm, ritmo sinusal, eje: normal, PR: 134 ms. QRS: 120 ms. No elevación de ST, no ondas Q patológicas. Radiografía de tórax (en decúbito) índice cardiotorácico aumentado, no derrames no condensaciones. Hemograma: hemoglobina 10,1 g/dl. Leucocitos: 11.000/L. CK: 302 mU/mL. Troponina I: 8,11 nG/mL. D-dímero: 607,0 nG/ml. Resto de analítica sanguínea en rangos y valores normales. Ecocardiograma: se descarta derrame o alteraciones estructurales. TAC torácico: TEP bilateral. Segmento apical de lóbulo superior derecho y anterior de lóbulo superior izquierdo.

**Comentario:** En el TEP los síntomas y signos son inespecíficos, el antecedente más frecuente es una disnea de difícil filiación y uno de los primeros objetivos es conocer su etiología. En nuestro caso, la paciente comenta un cuadro presincopal previo hace un mes, que coincide con el cambio de

antihipertensivo, uso de derivados mórnicos con posible iatrogenia entre la que destaca la bradicardia, hipotensión y shock severo, además la clínica referida puede hacer pensar en una insuficiencia cardiaca e incluso un cuadro de ansiedad, unido a que se encuentra en control de la unidad del dolor por su ciática. Para el médico de Atención Primaria es muy frecuente el abordaje del paciente con dolor crónico severo, y seguimiento, unido a que son pacientes con escasa deambulacion asociada a factores de riesgo severos que obligan a tener presente el TEP como causa de un cuadro de disnea "atípica", además de ser una patología de muy difícil diagnóstico desde Atención Primaria, y debemos considerar siempre en pacientes como la de este caso.