



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-141 - ¿HASTA CUÁNDO ANTICOAGULAR?

R. Dueñas Vargas^a, C. Sánchez Ortega^b, A. Martínez Quesada^c y V. Ruiz Ruiz^d

^aCS Plaza de toros. ^bCS Almería centro. ^cCS San Isidro. ^dCS La Cañada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 50 años operada el 4 de septiembre de 2015 de rodilla derecha por fractura de ambas mesetas tibiales tras caída. Tras la intervención quirúrgica se pauta tratamiento con enoxaparina 40 UI cada 24 horas durante 30 días, dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas, paracetamol 1 g cada 8 horas si más dolor, omeprazol 20 mg cada 24 horas. La paciente acude el 18 de diciembre de 2015 a Urgencias por dolor costal derecho de 7-8 días de evolución acompañada de ortopnea con tos y aumento del dolor costal derecho al colocarse en decúbito. No fiebre. No cuadro catarral previo. No otra sintomatología. Lleva 2 meses sin apoyar el miembro inferior derecho (con heparina durante 1 mes). Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes sin interés. No fumadora.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Tolera mal el decúbito. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos añadidos. Auscultación cardiopulmonar en decúbito: tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado con crepitantes en base derecha aislados. Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias. No doloroso a la palpación profunda. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica. Bq: glu 98,3; Cr 0,64; K 5,19; PCR 7,37. Gasometría arterial: pH 7,44; PpO₂ 125,2. Hg: Hb 11,7; Hto 34,4; Leuc 8,87. Z plaq: 325.000. Coag: Act prot 92,7; INR 0,96; fibrinógeno 850. DD: 8,4. SatO₂: 97%. ECG: ritmo sinusal a unos 80 lpm, Eje normal, PR y QRS dentro de límites normales, no alteraciones de la repolarización, no signos de HVI. Rx tórax: presenta derrame pleural derecho aislado de unos 4 cm sin condensación parenquimatosa ni signos de cardiomegalia. Angio-TAC de tórax: defectos de repleción vascular en arteria lobar inferior derecha y sus ramas segmentarias, de predominio en segmentos posteriores, acorde con TEP agudo a este nivel. Derrame pleural derecho voluminoso. Condensación pulmonar heterogénea/parcheada en segmento posterobasal del LID, con broncograma aéreo de podría estar en relación con infarto pulmonar isquémico vs proceso neumónico agudo.

Juicio clínico: Derrame pleural derecho. TEP basal derecho.

Diagnóstico diferencial: Se hará diagnóstico diferencial con los cuadros clínicos que causan dolor torácico, disnea, hemoptisis, shock... (infarto de miocardio, pericarditis, insuficiencia cardíaca congestiva, neumotórax, neumonía, pleuritis, taponamiento pericárdico...).

Comentario final: En cuanto al diagnóstico, en un paciente con clínica de ortopnea, tos, dolor torácico y crepitantes en la auscultación hay que tener en cuenta los factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar. En este caso presenta factores de riesgo como edad mayor de 40 años, inmovilización y cirugía reciente. En cuanto a la anticoagulación tras la cirugía se recomienda mantener al paciente anticoagulado mientras permanezca inmovilizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.