Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):320

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4589 - ES AGOSTO. ME FALTA EL AIRE POR LA NOCHE

P. Molas Casellas[a], C. Fernández González[b], A. Gutiérrez Rivero[a], M. Delgado de la Cruz[b] y J. Atmetlla Andreu[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chafarinas. Barcelona. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Chafarinas. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años con mala adherencia terapéutica e irregular seguimiento asistencial por idiosincrasia personal y de contexto familiar. Antecedentes de ansiedad, hipertensión mal controlada, dislipemia, tabaquismo, claudicación intermitente, nódulo pulmonar e hipotiroidismo. Consulta al ambulatorio por ortopnea las últimas dos noches. No disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna, dolor torácico ni otra clínica. Al cabo de una hora de estar en el centro, en espera de la ambulancia, presenta en la camilla ortopnea brusca con nerviosismo.

Exploración y pruebas complementarias: Atención Primaria. Primera exploración: TA 187/112 mmHg, FC 97 lpm, SatO2 96%, FR 20 rpm. Afebril. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. No signos de insuficiencia cardíaca derecha. Auscultación pulmonar anodina. Se administra captopril oral. Segunda exploración (en espera de la ambulancia): TA 199/112 mmHg, FC 102 lpm, FR 28 rpm y SatO2 91%. Auscultación cardíaca igual. Auscultación pulmonar hipofonesis y crepitantes bilaterales. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 lpm, eje a 60º, PR normal, QRS estrecho. Q en DIII no presente en ECG previos. Descenso de ST en DI y AVL. T negativa en V6. Hospital: TA 220/120 mmHg, FC 90 lpm, SatO2 96% con Monagan. Tonos cardíacos rítmicos apagados. IY y RHY +. No edemas en EEII. Respiratoriamente: hipofonesis global. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 lpm, PR normal, QRS estrecho, Q en DIII con elevación de ST 2 mm en DIII y de V2-3 con lenta progresión de R en precordiales con ST rectificado en cara lateral. Analítica: elevación de proBNP 1.317 pg/mL, troponina 7,431 ng/mL y CKmb 13,9 ng/mL

Juicio clínico: Emergencia hipertensiva con fallo cardíaco.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Broncoespasmo. Neumotórax. Infección respiratoria. Arritmia. Ansiedad.

Comentario final: En ocasiones resulta complejo por anamnesis la orientación de la disnea. El conocimiento de la paciente por parte del médico de primaria, nos lleva a tener rigor en la toma de constantes y nos permite identificar situaciones de máximo riesgo. Ser conocedores del mal control de los factores de riesgo cardiovascular, nos hace orientar de forma distinta la valoración inicial y la actitud diagnóstico-terapéutica a seguir.

Bibliografía

1. Ribera Guixà M, Caballero Humet I. Crisis hipertensiva. AMF. 2014;10(2):89-94.
2. Albaladejo Blanco C, Sobrino Martínez J. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. Hipertensión. 2014;31:132-42.

Palabras clave: Disnea. Hipertensión maligna. Infarto.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.