Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):29

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/843 - Doctor, me duele al respirar

T. Pietrosanto[a], G. Sánchez López[a], L.Y. Infantes Córdova[a], A.C. Aguado Castaños[a] y M.Á. Cabrera Ferriols[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente I. San Vicente del Raspeig.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 19 años fumadora de 6-7 cigarrillos/día portadora de anillo vaginal. Acude a su médico de familia por disnea de 1 semana con tos sin expectoración y febrícula diagnosticándose de bronquitis aguda, se trata con azitromicina con mejoría. 4 días después nueva consulta por dolor en región glútea derecha que irradia a flanco, empeora con los movimientos y con la inspiración, sin tos ni expectoración, constantes normales. Diagnosticada de dolor lumbar se pauta tratamiento analgésico sin mejoría, A los 2 días aumento de disnea, persistencia de dolor, fiebre de 38,5 ^{o}C. Exploración física y constantes normales. Se deriva a urgencia hospitalaria

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. Hidratada. Normocoloreada. No ingurgitación yugular. Eupneica. TA 123/76 mmHg. SatO2 98% basal. FC 111. AC: rítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos. Abdomen: blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. MMII: sin edemas, no signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos. No signos de insuficiencia venosa crónica.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar basal derecho.

Diagnóstico diferencial: Dolor lumbar, bronquitis aguda, neumonía atípica.

Comentario final: Se debe considerar el diagnóstico de TEP en todo paciente con disnea de nueva aparición, empeoramiento de disnea habitual, dolor torácico, síncope o hipotensión sin explicación aparente. El diagnóstico debe combinar sospecha clínica,

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

dímero D y pruebas de imagen. Factor pronóstico principal es el estado hemodinámico. El 95% de los pacientes se presentan estables. La estratificación de riesgo puede identificar a un subgrupo de bajo riesgo de mortalidad, que se podrían beneficiar de alta precoz o tratamiento ambulatorio.

Bibliografía

1. Uresandi F, Monrea M, García-Bragado F, et al. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2013;49:534-47.
2. Barais M, Morio N, Cuzon Breton A, Barraine P, Calvez A, Stolper E, Van Royen P, Liétard C. "I can&#39t find anything wrong: it must be a pulmonary embolism": Diagnosing suspected pulmonary embolism in primary care, a qualitative study. PLoS One. 2014;9:e98112.

Palabras clave: *Disnea. Tromboembolismo pulmonar. Estratificación riesgo.*

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