



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/900 - EL PAPEL CLAVE DE ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISNEA

D. Savic Pesic^a, C. Poblet Calaf^a, D. Salazar Salazar^b y A. Mora Martínez^c

^aMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Horts de Miró. Tarragona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Horts de Miró. Tarragona. ^cCentro de Atención Primaria Horts de Miró. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años que acude por empeoramiento de disnea de una semana, con tos y dolor punzante en hemitórax izquierdo. Desde hace 2 meses, presenta varios episodios de exacerbación del asma, con tratamiento broncodilatador, corticoides y antibióticos. Antecedentes: asma. Síndrome mielodisplásico tipo anemia refractaria. Hipertensión arterial. DM tipo 2. Dislipemia. Obesidad. Insuficiencia renal crónica. Diverticulosis colónica. Fármacos: formoterol-beclometasona, darbopoetina, sulfato ferroso, insulina, sitagliptina, amlodipino, losartan-hidroclorotiazida. Viuda desde hace un año. Vive sola aunque tiene el apoyo de su único hijo.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, Consciente y orientada, discreta palidez, normohidratada, TA: 161/71 mmHg, SatO₂: 95%, FC: 73 lpm, FR: 36 rpm. Temperatura: 36,2 °C. Dolor a la palpación de 4-5-6 costillas izquierdas. ACR tonos rítmicos sin soplos. MVC sin agregados. No edema, no signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 100, PR: 0,12, QRS: estrecho, no alteraciones de la repolarización, no Q. Se realiza nebulización con bromuro de ipratropio 500 µg por antecedente de asma, pero persiste taquipnea y disnea, sin cambios en la auscultación. Revisamos reacciones adversas de la medicación.

Orientación diagnóstica: Orientación diagnóstica en Atención Primaria: sospecha TEP (taquipnea + auscultación normal y toma de fármaco predisponente (darbopoetina alfa)). A descartar también: cardiopatía isquémica y reagudización de anemia.

Diagnóstico diferencial: Valorada en urgencias: D-dímero (550 µg/L (500)), leve alcalosis respiratoria, troponina T y analítica normal, ECG sin cambios. Rx tórax: normal. Ingresa por taquipnea y alta sospecha de TEP, habiéndose descartado cardiopatía isquémica, reagudización de anemia o asma. Gammagrafía de ventilación/perfusión pulmonar: defectos de perfusión en el segmento posteroapical del LSI y en segmento inferior de la llingula, compatibles con TEP. Se inicia tratamiento anticoagulante con mejoría.

Comentario final: La exploración física, la toma de frecuencia respiratoria y la revisión de los efectos adversos de los fármacos, fueron claves para la orientación diagnóstica de TEP desde atención primaria. La sospecha de esta entidad nos debe llevar a la realización de pruebas específicas para descartarlo (D-dímero, angioTAC o gammagrafía de perfusión) ya que la instauración de anticoagulación puede prevenir recidivas graves.

Bibliografía

1. Approach to the patient with dyspnea. UpToDate, Abril 2018.
2. Darbepoetin alfa: Drug information. UpToDate.

Palabras clave: Taquipnea. Tromboembolismo pulmonar. Efectos adversos.