Semergen. 2018;44(Espec Congr 1):94

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

349/107 - NEUMONÍA. UNA PATOLOGÍA QUE NO PUEDES FALLAR

J. Gutiérrez García[1]; J. Saura García[2]; A. Sánchez Agüera[3]; S. Jiménez Moya[3]; A. Ansón Martínez[3].

[1]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.;[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.;[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 85 años con antecedentes de HTA, obesidad, anemia normocítica leve, RTU en 2015 por tumor vesical dado de alta por urología y en seguimiento por cardiología por doble lesión aórtica con estenosis moderada y posible pericarditis constrictiva. Sin historial por neumología pero fumador de 40 años/paquete e hiperreactividad bronquial con infecciones respiratorias de repetición. Acude a urgencias por presentar disnea en reposo con episodo disneizante en la noche que le despierta bruscamente. Refiere tos con expectoración verdosa y disnea que ha ido en aumento durante toda la semana. Afebril. TA: 140/85, Sat 94%.

Exploración y pruebas complementarias: Taquipneico, BEG, sin tiraje y eupneico en reposo. AP: hipoventilación global, crepitantes de predominio en bases pulmonares y sibilancias espiratorias aisladas. Analítica: Hematies 3,9, HB: 11,7 igual a previas. Leucocitos 6.03, Neutrófilos 67.2 con PCR de 1.17. Gasometría arterial: PH: 7,48, PCO2: 35,6, PO2: 68,6 Lactato: 1,1. --> hipoxia severa. Rx torax: neumonía basal derecha. ECG sinusal a 110 lpm sin alteraciones de la repolarización. Tras el diagnóstico de neumonía se pauta tratamiento con Moxifloxacino 400, Dacortin 30 mg, Foster, Bromuro de Ipratropio y Salbutamol inhalado.

Juicio clínico: Neumonia.

Diagnóstico diferencial: Viriasis, Faringitis, TEP, TBC, Neumotorax, Fractura costal.

Comentario final: Es muy importante la petición de pruebas complentarias ante una disnea en un paciente con factores de riesgo (signos de EPOC), ya que la analítica con esa PCR nos podría haber haber hecho pensar en una infección vírica y solo la radiografía y la gasometría nos muestran en este caso la gravedad del proceso. Es por eso que los ultimos estudios inciden en la importancia de otros marcadores analíticos como el Lactato y la PCT como medidores del riesgo de gravedad y posibilidad de sepsis. El tratamiento de la neumonía comunitaria es una quinolona en monoterapia (levofloxacino, moxifloxacino) estando también indicado la combinación de un b-lactamico + macrólido (amoxicilina-clavulanico + azitromicina) con el menor riesgo de crear resistencias medicamentosas.

Bibliografía

Falguera M, Ramírez MF. Community-acquired pneumonia.Rev Clin Esp. 2015;215(8):458-67.

Julián-Jiménez A, Timón Zapata J, Laserna Mendieta EJ, Sicilia-Bravo I, Palomo-de Los Reyes MJ, Cabezas-Martínez A et al. Diagnostic and prognostic power of biomarkers to improve the management of community acquired pneumonia in the emergency department.Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32(4):225-35.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.