



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/186 - EDEMA AGUDO DE PULMÓN MANEJO INICIAL POR MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Ariza Hernández^a, J. Arjona Jiménez^b y M. Medina Faña^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^bMédico de Familia. Hospital Antequera. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años atendida en su domicilio por deterioro del nivel de conciencia sin respuesta a estímulos. Desde hacía 3 días sensación catarral, tos con incapacidad para expectorar, aumento de ortopnea y aumento progresivo de su disnea habitual, sin objetivar fiebre. Hace 2 semanas consultó a Urgencias por disnea siendo dada de alta con ajuste de tratamiento. El dispositivo de cuidados críticos y urgencias la atiende en domicilio precisando furosemida, cloruro mórfico, hidrocortisona, metilprednisolona y aplicación de mascarilla con reservorio al 100%. En urgencias continúa con tratamiento deplectivo, perfusión de nitroglicerina y ventilación mecánica no invasiva. Antecedentes de interés alergia amoxicilina, intolerancia IECA, HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica, miocardiopatía dilatada, bloqueo rama izquierda, asma bronquial intrínseca, síndrome hipoventilación, obesidad, oxígeno domiciliario 18 horas. Tratamiento: NTG, AAS, losartan, carvedilol, simvastatina, spiriva, ipratropio, omeprazol, torasemida. Ingresada en 1995 por edema Agudo de pulmón secundario a angor inestable.

Exploración y pruebas complementarias: TA 203/110. FC 99 lpm. SaO₂ con FiO₂ 100%. 98% BMT 293. Mal estado general, mucosas secas, palidez mucocutánea, livideces generalizadas. No respuesta a estímulos vigorosos. ACR apagados, marcada hipoventilación global con sibilancias espiratorias aisladas. MMII edemas bilaterales. Tras el tratamiento mejoría del estado, eupneica y sin trabajo respiratorio. Glasgow 14/15 sin apreciarse focalidad neurológica. TA 150/70. Fc 88 lpm, SaO₂ con FiO₂ 50% 98%. Hemograma leucocitos 12.100, N68%, L17% sin anemia. Glucosa 274, troponina negativa, PCR 0,91, filtrado glomerular 52. Gasometría arterial: pH 6,969, pO₂ 223, pCO₂ 2.148, HCO₃ 319,8, EB-5,7, lactato 12, EKG RS 93 lpm, BIRD QS V1 V2, pobre crecimiento R en precordiales Rx tórax cardiomegalia, hilios congestivos, redistribución vascular, pinzamiento seno costofrénico izquierdo. No evidencia infiltrados. Control gasométrico pH 7,35, pO₂ 35,6, pCO₂ 51,2, HCO₃ 28, lactato 10.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria aguda global. Encefalopatía hipercápnica. Edema agudo de pulmón. Emergencia hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: Ictus. Broncoaspiración. Cardiopatía Isquémica. TEP.

Comentario final: La insuficiencia respiratoria es consecuencia de múltiples procesos no siempre respiratorios. Es un cuadro sindrómico, tras su diagnóstico se debe investigar la causa que la

produce, pues condiciona el tratamiento y pronóstico. La ventilación mecánica no invasiva ha demostrado disminuir mortalidad y necesidad de intubación, esto se traduce de forma precoz en la mejoría de parámetros respiratorios e intercambio de gases. Se considera estándar de tratamiento y la magnitud de sus beneficios es muy amplia en quienes esté indicado. Son los médicos de atención primaria y de dispositivos de urgencias quienes realizan el primer contacto. El manejo inicial y enfoque según anamnesis y exploración física son de vital importancia. Debemos estar debidamente entrenados para atender adecuadamente en domicilio y en urgencias con las herramientas que disponemos.

Bibliografía

1. Collins S, Storrow A, Kirk J, Pang P, Diecks D, Gheorghide M. Beyond pulmonary edema: diagnostic, risk stratification, and treatment challenges of acute heart failure management in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2008;51:45-57.
2. Ayuso-Baptista F, Jiménez-Moral G, Fonseca del Pozo JF. Manejo de la insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva en urgencias y emergencias. *Emergencias.* 2009;21:189-202.
3. Roca O, Riera J, Torres F, Masclans JR. High-flow therapy in acute respiratory failure. *Respir Care.* 2010;55:408-13.