



264/58 - DISNEA. IMPORTANCIA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

M. Reina Martín^a, Á. Gutiérrez García^b y D. Ternero Escudero^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 59 años con alergia a voltarén y ácido acetilsalicílico y antecedentes de EPOC. Fumador de 30 cigarrillos al día y bebedor de 6 cervezas al día. Acude a consulta por disnea que comenzó hace dos semanas y que ha ido aumentando hasta hacerse de reposo. Así mismo, refiere edematización de miembros inferiores y en las últimas noches episodios de disnea paroxística nocturna. No refiere dolor torácico, no palpitations. No refiere episodios previos de disnea en su vida cotidiana. No semiología infecciosa. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Taquipneico a la conversación con SatO₂ 91% con ventimask al 24%. Taquicardia sinusal a 110 lpm. TA: 100/60 mmHg. Ingurgitación yugular. ACP: rítmica, no soplos. Hipoventilación generalizada con roncus dispersos. Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. Miembros inferiores: edemas bimaolares hasta tercios inferiores, con fóvea. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes. ECG: Taquicardia sinusal a 100 lpm. QS anterior (V1-V3) y DIII y onda T negativa V3-V6 e isoeletrica en derivaciones de miembros. Radiografía tórax: cardiomegalia. Redistribución vascular con pinzamiento de ambos senos costofrénicos compatible con insuficiencia cardiaca. Evolución: el paciente es derivado a Urgencias hospitalarias tras resultados de electrocardiograma y radiografía de tórax, donde se realiza cateterismo cardiaco observándose aterosclerosis coronaria difusa de 3 vasos: coronaria derecha difusamente enferma con lesiones severas en tercio proximal y medio; descendente anterior con lesión severa en tercio proximal y enfermedad moderada en tercio medio y primera marginal con enfermedad difusa moderada.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca de novo de origen isquémico con función ventricular severamente deprimida.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo miocardio.

Comentario final: En atención primaria es fundamental realizar una buena anamnesis y una exploración física completa que nos ayuden a orientar el diagnóstico de nuestros pacientes y evitando así que patologías potencialmente mortales pasen desapercibidas.

Bibliografía

1. Rev Esp Cardiol. 2008;61:611-9.
2. Rockberg J, Jørgensen L, Taylor B, Sobocki P, Johansson G. Prev Med Rep. 2017;6:203-9.