



242/3282 - ¿PODEMOS MANEJAR EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?

C. Hato Antón^a, M. Martínez Ferri^b, V. Cascales Saéz^a, S. Jiménez Moya^c, Á. Alcaraz Pérez^d y C. Pérez Crespo^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años que acude a consulta de su centro de salud (CS) por disnea. Comienza la noche previa con disnea súbita, tos y dolor torácico. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas; hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, esteatosis hepática, obesidad grado II, fumador habitual 43 paquetes/año, estenosis aórtica.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente se encuentra sentado y erguido, no tolera decúbito, presenta mal estado general, sudoroso, taquipneico, pálido con cianosis periférica. Dificultad para hablar. Disnea intensa con uso de musculatura accesoria. Respiración ruidosa. TA 210/120. SO₂ 94%, afebril. Exploración física: no ingurgitación yugular. ACP: soplo sistólico, taquicardia a 135 lpm; roncus y crepitantes generalizados. Abdomen globuloso, blando y depresible. Edemas con fóvea hasta rodilla. Pulsos pedios difíciles de palpar. En el CS sentamos al paciente con las piernas colgando, realizamos un electrocardiograma (ritmo sinusal a 137 lpm sin alteraciones de la repolarización), canalizamos vía venosa periférica con suero glucosado 5% 7 gotas/minuto, realizamos sondaje vesical para control de diuresis, administramos oxígeno con mascarilla reservorio y 2 ampollas de furosemida IV, mientras se solicita una UVI móvil para su traslado al hospital. En urgencias se realiza radiografía de tórax (redistribución flujo, imagen en "alas de mariposa"), una analítica completa, una gasometría arterial (hipoxia con hipercapnia) y se pauta tratamiento con CPAP, cloruro mórfico, perfusión de nitroglicerina, dopamina y furosemida con estabilización clínica y hemodinámica del paciente.

Juicio clínico: Edema agudo de pulmón (EAP).

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar, taponamiento cardiaco, neumotórax, crisis asmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada, síndrome de distrés respiratorio del adulto, insuficiencia cardiaca congestiva.

Comentario final: El EAP es una entidad relativamente frecuente, sobre todo en pacientes con enfermedades cardiológicas, siendo importante su diagnóstico precoz para un manejo adecuado, urgente y agresivo. Su manejo normalmente es hospitalario aunque en el CS podemos encontrarnos

algún caso y debemos saber cómo actuar en nuestro ámbito, pues el EAP es un cuadro grave con elevada mortalidad (10% no sobrevive).

Bibliografía

1. Camprodón N, Elorza JM, Fàbregas M, et al. Insuficiencia cardiaca. AMF. 2014;10(10):541-634.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.

Palabras clave: Disnea. Tos. Dolor torácico.