



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/888 - DISNEA PROGRESIVA QUE SE AGUDIZA

B. Gutiérrez Muñoz¹, C. Varela César², A. Artime Fernández³ y M. Maamar El Asri³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria.

³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años hipertenso, obeso, con una ACxFA, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa y HBP, que acudió al SUAP por disnea intensa que le impedía hablar, por lo que se hace anamnesis a su mujer, que refería que en el último mes ha empeorado progresivamente su disnea basal con edematización de miembros inferiores, apareciendo hace 3 horas disnea de reposo con ortopnea, sin clara DPN ni oliguria hasta ahora. Afebril, sin cuadro catarral, tos, dolor torácico u otra clínica. Había consultado previamente con su Médico de Familia, que había aumentado la pauta de furosemida.

Exploración y pruebas complementarias: General. Afebril, TA 170/120 mmHg, FC 119 lpm, FR 40 rpm, Saturación O₂ 96%. Consciente, orientado. NCNHNP. Taquipneico y con trabajo respiratorio. Tórax. AC taquiarrítmica, sin soplos. AP: hipofonesis con crepitantes bibasales. Abdomen distendido, pero blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, con cierta defensa y bamboleo en relación con trabajo respiratorio. RHA: normales y presentes en los 4 cuadrantes. Dudoso globo vesical (valoración difícil). Extremidades inferiores edematosas hasta rodilla con algo de fovea, sin signos de TVP. Pulsos pedios tenues pero presentes y simétricos. ECG. FA a 108 lpm.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia cardiaca (IC) levemente descompensada. Insuficiencia renal aguda por retención aguda de orina (RAO).

Diagnóstico diferencial: EAP, TEP, SCA.

Comentario final: Se monitorizó, se administró furosemida intravenosa y ClM subcutáneo, se puso oxígeno con GN a 2l, por posible RAO se hace sondaje vesical (saliendo abundante orina clara) y se solicita traslado a Urgencias Hospitalarias. Allí llega estable, habiéndose normalizado FC y TA, con buena saturación y desaparición del trabajo respiratorio. Analítica con deterioro de la función renal (previamente no conocido, probablemente posrenal), pero sin datos infecciosos, D-dímero normal, y NT-proBNP casi normal, por lo que se decide dejar en evolución para control clínico y manejo del balance hídrico, siendo dado de alta en 24 horas por evolución favorable. La IC es una enfermedad crónica y progresiva, en la que es necesario evaluar periódicamente síntomas y signos para monitorizar la respuesta al tratamiento, detectar descompensaciones e identificar factores

precipitantes de las mismas (como la insuficiencia renal).

Bibliografía

1. Guía Clínica “Insuficiencia cardiaca: conceptos generales y diagnóstico”. La Coruña: Fisterra.com [actualizada 08/04/2019; acceso 29/08/2020].

Palabras clave: ICC. RAO.