



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/123 - DIFICULTADES IDIOMÁTICAS Y EDEMA AGUDO DE PULMÓN: LA CLÍNICA HABLA POR EL PACIENTE

V. Acosta Ramón^a, J. Andino López^b, M. Santos Gravalosa^c, L. Alli Alonso^d, M.P. Carlos González^e, N. Santos Méndez^f, M.J. Labrador Hernández^g, J.L. Cepeda Blanco^h, C. Fernández Pereda^c y G.C. Rosario Godoyⁱ

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. ⁱMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Resumen

Objetivos: Es importante conocer el perfil clínico y tratamiento de los pacientes con edema agudo de pulmón atendidos en el SUAP.

Metodología: Se trata de una mujer de 65 años. Procedente de Rumania (2 años en España, no habla español). APer: crisis de broncoespasmo en contexto de infección respiratoria (diciembre 2015, no pruebas funcionales). HTA en tratamiento y DM II en tratamiento con antidiabéticos orales. La paciente refiere aumento de su disnea basal de 7 días de evolución, que ha aumentado en intensidad hace 6 horas. Ortopnea sin disnea paroxística nocturna. Tos irritativa con expectoración blanquecina de 5 días de evolución. Afebril. No edema en extremidades inferiores ni dolor torácico.

Resultados: TA: 150/89 mmHg. FC: 90 lpm. FR: 22 rpm. SatO₂: 77% (basal). EG: 15 puntos. Mal estado general, taquipneica, mala perfusión periférica. Consciente y orientada. CyC: rítmicas, sin soplos. Aumento de la ingurgitación yugular. AC: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. AP: hipoventilación bilateral con sibilancias panespiratorias. Abdomen: anodino. Extremidades inferiores: simétricas, pulsos periféricos presentes. No edemas. Bioquímica: glucosa: 153 mg/dl. K: 6,1. PCR: 4,1. Troponina: 0,0. Resto sin alteraciones. Hemograma: leucos: 6,4 (S: 64%-L: 64,9). Plaquetas: 145.000. Resto sin alteraciones. Coagulación: dímero-D: 517 ng/mL. GAS: pH: 7,22. pCO₂: 59,2 mmHg. pO₂: 76,5 mmHg. HCO: 23,6 mmol/L. ECG: RS a 90 lpm. No alteración en la conducción ni en la repolarización. No signos de isquemia aguda. Rx tórax: reforzamiento alveolo-intersticial bilateral, reforzamiento parahiliar bilateral, aumento de densidad en lóbulo medio derecho. Senos costofrénicos libres.

Conclusiones: La pronta instauración de tratamiento es clave para la buena evolución del paciente. Los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) son una parte esencial en las distintas fases de manejo del edema agudo de pulmón, ya que la rápida evaluación y actuación ante distintos

eventos determinan el pronóstico.