



Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 8: EVALUACIÓN DE PACIENTE CON DISNEA

Autor: Diego Bértola (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

Realizar una aproximación diagnóstica racional al síntoma disnea. Comprender la utilidad y rédito diagnóstico de los exámenes complementarios disponibles en la evaluación de la disnea. Abordar contenidos teóricos sobre: exacerbación de EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva aguda / edema agudo de pulmón, tromboembolismo pulmonar, arritmias más frecuentes y crisis subjetivas, entre otros.

CASO CLÍNICO: Mario (63 años) perdió contacto con sistema de Salud y abandonó los tratamientos indicados para la hipertensión y la dislipemia. Por cuestiones laborales y económicas no pudo mantener el seguimiento con la nutricionista ni las pautas alimentarias que había recibido, no comenzó a realizar actividad física de manera regular y continuó fumando entre 15 a 20 cigarrillos por día. Refiere que estuvo con problemas con su hijo Pablo, lo que generó altos niveles de estrés y ansiedad. Aumentó aproximadamente 12 kg de peso en los últimos años.

Actualmente consulta a la guardia, luego de 8 años sin tener contacto con el sistema de salud. Refiere un cuadro de 5 días de evolución caracterizado por disnea de esfuerzo que comienza de manera insidiosa y progresa hasta hacerse de reposo. Refiere también sensación febril y empeoramiento de la tos habitual, con expectoración mucosa abundante. Además, comenta que durante las últimas noches le ha costado conciliar el sueño a causa de la disnea, que empeoraba con el decúbito.

Examen físico: Signos vitales: PA 150/90 mmHg / FC 120 lpm / FR 26 cpm / T 36,9°C / Saturación de oxígeno (SO₂) 90 % - Impresiona angustiado y moderadamente enfermo. Ingurgitación yugular 5/6 con colapso inspiratorio parcial. Ruidos cardíacos hipofonéticos, se ausculta R3. Latido apexiano levemente desplazado hacia la izquierda. Respiración costoabdominal con leve uso de músculos accesorios, espiración prolongada. Murmullo vesicular disminuido de forma bilateral con escasos roncus que se modifican con la tos, algunas sibilancias difusas y rales crepitantes bilaterales en bases y campos medios. Vibraciones vocales conservadas y simétricas. Abdomen blando depresible e indoloro. Ruidos hidroaéreos conservados. Borde hepático a dos traveses de dedos por debajo del último arco costal. Reflujo hepatoyugular positivo. Edemas simétricos infrapatelares con signo de Godet +++.

Laboratorio:

Hematocrito	48%	Uremia	38 mg/dL	ASAT	72
Hemoglobina	16 g/dL	Creatinina	1,1 mg/dL	ALAT	58
Leucocitos	8900/mm ³	Na	131 mEq/L	FA	110
N/L/M/E/B	47/38/10/3/2 %	K	4,2 mEq/L	GGT	62
Plaquetas	290.000/mm ³	Cl	95 mEq/L	Bil T (Dir)	2,1 (1,6) mg/dL
Glucemia	105 mg/dL	CPK	112 UI/L	Pro-BNP	2340 pg/mL
VES	31 mm/1H	LDH	145 UI/L	Troponina I	0,01 ng/mL

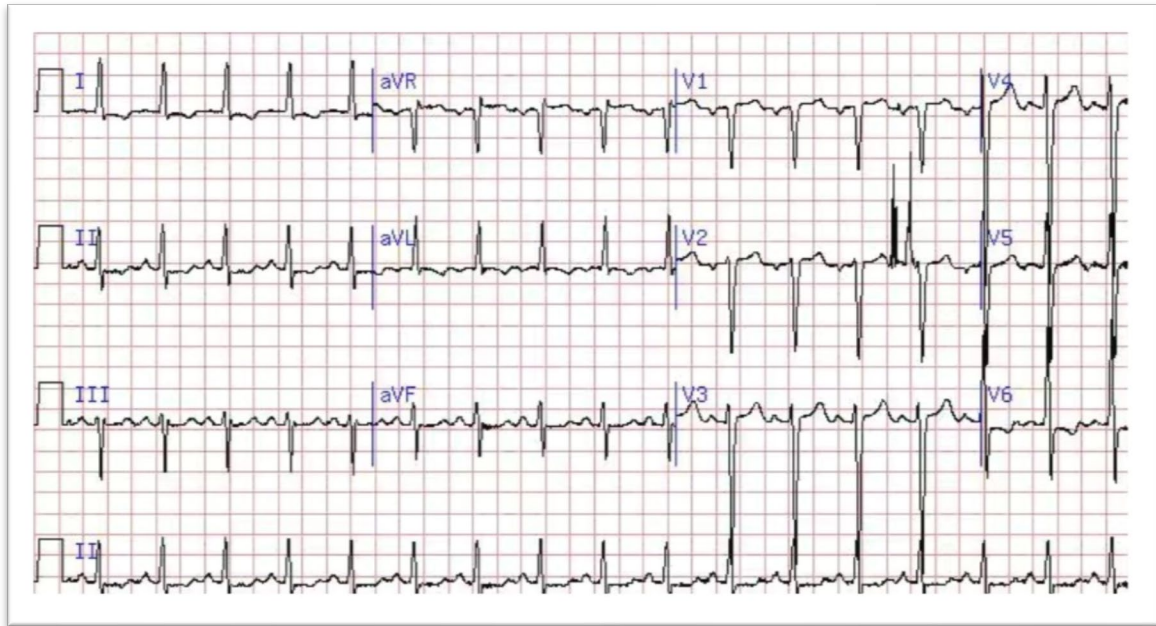
EAB (FiO₂ 21%)

pH	PaCO ₂	PaO ₂	EB	HCO ₃	Sat O ₂
7,32	58 mmHg	63 mmHg	2 mEq/L	28 mEq/L	89 %

Radiografía de tórax: cardiomegalia (ICT > 50%) hilios pulmonares congestivos, redistribución de flujo hacia los vértices, líneas B de Kerley y borramiento de ambos senos costofrénicos. Infiltrado alveolo-intersticial basal bilateral.



Electrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 118 lpm, PR 0.16", AQRS - 15°, QTc 0.41" - Ondas R altas en V5-V6 y ondas S profundas en V1 y V2. Alteraciones inespecíficas del ST en cara lateral. Alteraciones en la repolarización ventricular (ondas T negativas en las derivaciones laterales).



PREGUNTAS GUIA

¿Qué mecanismos fisiopatológicos se encuentran implicados en la producción de la disnea?

¿Necesariamente debe haber hipoxemia para que haya disnea?

¿Qué órganos o sistemas piensa que un paciente con disnea tiene afectados?

¿Qué datos de la anamnesis y examen físico le parecen importantes para orientarse sobre la causa cardíaca o respiratoria de la disnea?

¿Qué valor le da a los siguientes datos y hallazgos del examen físico:

- inicio gradual (versus súbito)
- presencia de ortopnea
- tos productiva (versus seca)
- ruidos cardíacos alterados
- auscultación respiratoria con los ruidos agregados descriptos
- ingurgitación yugular
- hepatomegalia
- reflujo hepatoyugular positivo
- edemas en MMII (simétricos versus asimétricos)

¿Qué exámenes complementarios le parece apropiado solicitar para confirmar su sospecha diagnóstica?

¿Cómo interpreta el laboratorio y sus alteraciones? (hemograma, fórmula leucocitaria, medio interno, hepatograma, pro-BNP).

En relación al estado ácido-base, ¿qué trastorno identifica? ¿Es un proceso agudo o crónico, compensado o no?

La radiografía de tórax ¿qué diagnóstico sugiere? ¿Orienta a patología cardíaca o pulmonar? ¿Qué patologías que podrían ocasionar disnea permite descartar la radiografía de tórax?

Con respecto al ECG, ¿encuentra algunos de los signos de hipertrofia de VI (ya analizados en las UT anteriores)?

¿Sería de utilidad realizar una espirometría en este momento?

¿Qué probabilidad clínica de estar padeciendo un TEP le asignaría a este paciente? ¿Qué utilidad le daría a un dímero-D en este contexto? ¿Solicitaría una angio-TC tórax con protocolo para TEP para evaluar esa posibilidad diagnóstica?

¿Considera que puede tratarse de un ataque de pánico? ¿En datos qué basa su respuesta?

¿Hubiera indicado algún examen complementario más?

¿Cuál es su interpretación del cuadro? ¿Qué tratamiento corresponde?

RESOLUCION: Se interpreta el cuadro como edema agudo de pulmón de origen cardiogénico, resultante de una ICC descompensada por una exacerbación infecciosa de EPOC. El paciente se interna en UCO. Recibe O2 a bajo flujo (garantizando SO2 de 92%) y tratamiento con diuréticos y vasodilatadores EV (nitroprusiato). Además, inicia nebulizaciones con salbutamol e ipratropio, recibe hidrocortisona 100 mg EV cada 12 hs y ampicilina-sulbactam 1,5 g EV cada 6 hs. Presentado buena evolución y mejoría de los síntomas. Se otorga el alta luego de 96 hs de internación y se lo remite a control por consultorio externo.