



EL JUICIO DE SALOMÓN: ¿ CUÁL ES ORIGEN DE LA DISNEA?

Autores: Cecilia Guillen Montiel (1); Irma Edith Medina de Romero (2), Ezequiel Navarro Cabrera (1); Mariya Ovsepyan (3).

1. Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Alvarez de la Riva. Orihuela. 2. Médico Residente de 4º año de Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Avarez de la Riva. Orihuela. 3. Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Alvarez de la Riva. Orihuela.

Introducción:

En Europa, la prevalencia de insuficiencia cardíaca (IC) sintomática esta entre 0,4%-2%, incrementándose con la edad. La media de mortalidad a 5 años para pacientes con IC es del 50%, con una mortalidad de hasta el 30-40 % al año en pacientes con IC y disfunción ventricular severa.

Descripción sucinta del caso:

Hombre de 72 años con prótesis aórtica, valvulopatía mitro-aórtica, neoplasia de colon operado hace 6 meses con pérdida de peso, Tratado con acenocumarol, valsartán, furosemida 40 mg/día. Consultó por 3 días de aumento de disnea habitual, tos con esputo purulento, fiebre de 38.5°C, negó más síntomas. Exploración física: en auscultación pulmonar roncus y en miembros inferiores mantenía su edema habitual. Analítica: Hemoglobina de 11.2 g/dL. En Electrocardiograma (ECG): Fibrilación auricular con frecuencia cardíaca de 67 latidos/min. En Radiografía de tórax (Rx) similar a previas: con cardiomegalia. Ante sospecha de disnea de origen mixto y pruebas no concluyentes se realizó ecoscopia clínica en consulta encontrando hepatomegalia, falta de colapsabilidad de cava inferior, derrame pleural e ingurgitación de venas supra-hepáticas. Por esto se aumentó el diurético y se dejó antibiótico.

Estrategia práctica de actuación:

En pacientes con IC leve, procesos con disnea de otras causas, comorbilidades, o que no cumplen criterios diagnósticos de IC o se diferencian poco del estado basal del enfermo; son en quienes las pruebas complementarias desempeñan un papel relevante para identificar la etiología de la disnea. Las guías recomiendan ante sospecha de IC, realizar ECG, Rx, analítica general y ecocardiograma (Eco). Esta última estándar de oro para la detección de la disfunción ventricular izquierda. La solicitud de NT-proBNP y Eco no está siempre accesible para Atención primaria (AP). La posibilidad de uso ecoscopia clínica en AP puede contribuir al diagnóstico, tratamiento precoz de IC y evitar ingresos..

Palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica:

Insuficiencia cardíaca aguda. Insuficiencia cardíaca.

Bibliografía y método empleado para la búsqueda bibliográfica:

1-Manuel Anguita Sánchez, Soledad Ojeda Pineda. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca diastólica. Rev Esp Cardiol. Vol. 57. Núm. 05. Páginas 375-486 2-Anuzzi JL. Natriuretic peptide testing: a new window into the diagnosis and prognosis of heart failure. Cleve Clin J Med 2006; 73: 149-57 3-Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1329.e1-1329.e70

