



<https://www.revclinesp.es>

## V-038 - DISNEA, ¿DIURÉTICOS O ANTIBIÓTICOS?

N. González Galiano, P. Quijano Rodríguez, M. García Sánchez, R. Arceo Solís, L. Martín Rodrigo, E. Nogales Nieves, B. Antúnes Parente, F. Jacobo Antón

Medicina Interna. Fundación Hospital de Jove. Gijón (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** Las infecciones respiratorias (IR) y la insuficiencia cardiaca (IC) constituyen una importante causa de morbilidad, con síntomas (disnea, dolor torácico) y alteraciones radiológicas (patrones alveolo-intersticiales) similares. En ocasiones coexisten y pueden desencadenarse de forma recíproca. Nuestro objetivo fue evaluar la estrategia diagnóstico-terapéutica habitual en los pacientes con disnea, a fin de definir puntos convergentes o diferenciales que puedan facilitar el abordaje de esta clínica cardinal.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico (hospital de segundo nivel) con inclusión de pacientes hospitalizados con “disnea” como motivo de ingreso. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de pruebas complementarias a partir de la historia clínica electrónica. Se tuvieron en cuenta tratamientos prescritos, cambios de diagnóstico, estancia media y eventos intrahospitalarios.

**Resultados:** Entre enero y marzo de 2016 se recogieron 50 pacientes con “disnea” como motivo de ingreso. La edad media fue de 83,1 años y el 64% era mujeres. De todos ellos, 16 pacientes (32%) fueron interpretados como IC; 14 (28%) como IR, y los 20 restantes (40%) como combinación de ambas. 26 pacientes presentaba hipoxemia y 20 cumplían criterios de insuficiencia respiratoria, sin presentar diferencias estadísticamente significativas en relación al diagnóstico. Se prescribieron antibióticos en 28 casos (a todos los que ingresaron con sospecha de infección y se decidió cubrir empíricamente a 14 de los que se presupuso un origen cardio-respiratorio de la disnea). De ellos, se recogieron cultivos en 17 casos y 2 hemocultivos fueron positivos para *Streptococcus pneumoniae*. La concordancia de diagnósticos al alta fue del 84%, siendo más frecuente el cambio de diagnóstico de IC a IR. 2 de los casos que fueron ingresados como infección respiratoria se dieron de alta como insuficiencia cardíaca, y en 6 de los que impresionaban de origen cardiológico se demostró una infección respiratoria añadida. La estancia media fue de 6,72 días y se registraron 4 exitus, 3 debidos a edema agudo de pulmón y 1 por sepsis de origen respiratorio.

**Discusión:** Los pacientes con IC tienen disminuidas las respuestas inmunológicas, y la congestión pulmonar puede promover el crecimiento local bacteriano (sobre todo de *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*), así como aumentar las concentraciones séricas del péptido natriurético tipo B durante la fase aguda de la neumonía. Por lo tanto, ambas entidades muy a menudo se superponen.

**Conclusiones:** Existe como podemos ver una pequeña variación entre la impresión diagnóstica al ingreso y la que resulta al alta. Esto se explica debido a que la clínica, sobre todo en personas ancianas en las que faltan los síntomas cardinales y predominan las formas larvadas, son similares, y las pruebas complementarias como la radiografía de tórax son a menudo inespecíficas. La clave para intentar aproximarse al diagnóstico

evitando tratamientos innecesarios retrasando aquellos que sí lo son es la valoración integral del paciente. Prima una anamnesis detallada, con una exploración física completa y sistemática, sobre pruebas complementarias, que deberían no ser más que una herramienta de apoyo para el diagnóstico.