UNIVERSIDAD DE GRANADA

Paciente con disnea progresiva, síntomas de insuficiencia cardíaca y soplo.

Proceso de elaboración del póster grupo 2

Pedro Barea Rojo, Francisco Javier Batlles Martinez, Alba Benitez Lopez, Malena Berbel Maldonado, Zouhaira Boujemaoui Boulaghmoudi, Sara Bsata Bakour, Lucia Bueno Jimenez, Marta Calderon Garcia, Lucia Callejon Espinosa, Maria Campos Quesada, Gonzalo Caldón Ibáñez, Juan Miguel Cano Sevilla, Mariola Caracuel Lopez de Lerma, Moises Carrasco Ruiz de Valdivia, Marina Carrillo Mateo, Alejandro Carrillo Ortega, Lorenzo Ruiz Viñas, Victoria Hermoso, Silvia Sofia Marina Urriola.

Organización

Para llevar a cabo nuestro caso, sobre una paciente que acudía con síntomas de insuficiencia cardiaca,disnea progresiva y un soplo, hemos contado con la ayuda y supervisión del profesor José Antonio Ramírez Hernández.

Lo primero que hicimos fue conectarnos por vía GOOGLE MEET con nuestro tutor, nos introdujo en el caso de la paciente y nos proporcionó todo el material necesario tanto para profundizar en el concepto de estenosis aórtica como material visual que hemos podido emplear en la fabricación del póster.
A continuación optamos por dividirnos el trabajo de la siguiente manera:
-Para empezar había que recopilar toda la información referente a nuestro caso para, de este modo, tenerla organizada y accesible para los siguientes pasos,así como para que todos los del grupo tengamos un conocimiento del global del caso. De esta tarea se encargaron Gonzalo Candón y Lucía Callejón(fisiopatología de la estenosis aórtica), Moises Carrasco y Pedro Barea (se centraron en el caso de la paciente) y Alba Benitez y Alejandro Carrillo(resultados y tratamiento).

-Para elaborar el póster en sí se reunieron Lucía Bueno, Juan Miguel Cano, Sara Bsata, Zouhaira Boulaghmoudi, Marta Calderón y Lorenzo Ruiz. Resumieron y plasmaron la

información en el póster utilizando imágenes representativas,que nos facilitó nuestro tutor, para que la información sea más comprensible y visual.

-Malena Berbel, Mariola Caracuel, Silvia Marina y Victoria Hermoso se encargan de esta parte del trabajo: describir la organización, los pasos que hemos seguido para llegar al diagnóstico y para plasmar lo importante en el póster y lo que hemos aprendido realizando este proyecto en equipo.

-Por último,Francisco Javier Batlles,María Campos y Marina Carrillo se encargarán de exponer nuestro póster.

Anamnesis y exploración:

- Mujer de 64 años
- **Motivo de la consulta**: disnea.
- **Antecedente familiares:** no son de interés.
- **Antecedentes personales:** no alergias medicamentosas conocidas. Fumadores de 20 cigarrillos diarios desde los 26 años.
- **Cuadro Clínico:** cuadro agudo de 3-4 días de evolución consistente en crisis paroxística de disnea nocturna. Insomnio de conciliación desde hace un mes. Autoescucha de sibilantes nocturnos y tos no productiva.
- Niega disnea con los esfuerzos aunque sí que reconoce que en los últimos 6 meses ha notado que cuando sale a caminar tiene que hacerlo mucho más despacio por astenia, debilidad y sensación de palpitaciones.
- Excelente estado general, consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Hemodinámicamente estable, eupneica en reposo sin trabajo respiratorio, tolera adecuadamente el decúbito supino sin ingurgitación yugular.
- **Constantes:**
    - TA 92/53 mmHg (refiere ser su tensión habitual)
    - FC: 93lpm.
    - Sat 95% sin aporte.
- **Auscultación cardiaca**: Soplo sistólico rudo polifocal aunque de predominio aórtico.
- **Auscultación respiratoria**: Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales.
- Diuresis abundante.
- Abdomen blando, depresible, sin masas ni organomegalias. No ascítico, no defendido. Ruidos presentes.
- Extremidades sin edemas ni signos de TVP.
- Pulsos pedios conservados y simétricos.

Pruebas Complementarias y diagnóstico:

- **Bioquímica completa:** donde obtenemos en general valores normales excepto NTproBNP: Alto. PCR: Alto.

- **Sistemático de orina**: leucocitos 500, indicios hematíes.
- **Electrocardiograma**: ritmo sinusal a 90 lpm. Encontramos signos de hipertrofia ventricular izquierda y sobrecarga de aurícula izquierda (ondas R alto voltaje en V5-V6, Di, aVL.)
- **Radiografía de tórax:** observamos dilatación de la aorta ascendente y presencia de calcificaciones valvulares. Hay escaso aumento del tamaño de la silueta y a veces, signos de congestión venosa pulmonar, cardiomegalia, infiltrado intersticial bilateral, pinzamiento de ambos senos costofrénicos.
- **Ecocardiograma transtorácico:** definimos la anatomía valvular, establecemos la gravedad de las estenosis, identificamos otros procesos valvulares o no valvulares y evaluamos la respuesta ventricular izquierda. Podemos utilizar ECO Doppler para estudiar el gradiente transaórtico.

Los resultados obtenidos en las pruebas complementarias llevadas a cabo, así como el cuadro clínico de la paciente (disnea, tos,sibilantes…) nos hicieron plantearnos la posible existencia de una estenosis aórtica. Esta se caracteriza por una apertura parcial de la válvula aórtica, lo cual produce un acúmulo de sangre en el ventrículo izquierdo generando en el mismo una sobrecarga. Esta última produce una hipertrofia concéntrica de la cavidad ventricular buscando tener una mayor fuerza de contracción para bombear la sangre a través de esa válvula parcialmente abierta.
Partiendo de las características de esta patología, el electrocardiograma, indicaba la existencia de hipertrofia ventricular; la radiografía de tórax mostraba signos de congestión pulmonar, ya que la sangre al no poder pasar a través de la válvula empieza a acumularse en la aurículo pudiendo pasar así a la circulación pulmonar; y el ecocardiograma transtorácico que nos permitió definir el estado valvular. Así mismo, en la exploración física pudimos observar la existencia de soplo sistólico, lo cual es característico de la estenosis aórtica pues el corazón encuentra dificultades para bombear la sangre en la contracción ventricular.

Tras haber realizado la exploración física y obtener los resultados de las pruebas complementarias pensamos que nuestra paciente tiene un primer episodio de ***Insuficiencia Cardiaca con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo de etiología valvular con estenosis aórtica severa (probablemente válvula bicúspide).***

Tratamiento:

El tratamiento indicado para nuestra paciente es: Enalapril de 2.5 mg en el desayuno, Adiro de 100 mg en la comida, Atorvastatina de 80 mg en la cena, Bromazepam de 1.5 mg en la noche, Furosemida de 40 mg en desayuno y comida, Metamizol de 575 mg c/8h y Paracetamol 1g, c/8h, los dos últimos en caso de dolor.

Conclusiones:

Finalmente, podríamos decir que apoyándonos en la historia clínica de la paciente, así como en las distintas pruebas complementarias que hemos llevado a cabo junto con una adecuada exploración física, hemos conseguido asociar los distintos síntomas que presentaba con un diagnóstico preciso.

¿Qué hemos aprendido con el póster?

Desde nuestro punto de vista el trabajo del póster nos ha servido mucho para informarnos sobre un paciente con disnea progresiva, síntomas de insuficiencia cardiaca y un soplo.

En clase hemos ido viendo cada concepto por separado y explicando la forma en la que se manifiesta, cuáles son las causas que lo provocan y algún tratamiento incluso. Pero pese a haber visto la teoría y a habérnosla aprendido para realizar los tests semanales nos hemos dado cuenta de que con la aplicación de un caso clínico, el desglose del mismo, el investigar y el cuestionarnos qué es lo que realmente le está pasando a nuestra paciente es como realmente hemos aprendido sobre el tema.

Gracias al caso clínico nos hemos cuestionado si sabemos cómo realizar correctamente una exploración física a un paciente que viene con tales características.

También nos ha hecho replantearnos sobre qué pruebas complementarias deberíamos pedirle al paciente para evitar pedir pruebas que no sean necesarias, que causen un mayor estrés al paciente del que ya tiene o que supongan un alto coste. Cada prueba tiene un motivo por el que debe hacerse y nos hemos asegurado de que cuando las hemos pedido ha sido porque eran realmente necesarias.

Gracias al póster hemos podido ver imágenes mucho más claras de estas patologías y de cómo se manifiestan así como otro electrocardiograma que debíamos de interpretar. Esto es algo que realmente nos ha impactado a todo el grupo pues muchas veces hablamos y estudiamos ciertas enfermedades pero no hacemos el proceso de investigación necesario sobre las mismas y quizás no busquemos imágenes sobre dicha patología. En el póster hemos podido ver perfectamente las imágenes de la paciente que nos han servido para hacernos una idea sobre dicha enfermedad.

Quizás la parte más difícil ha podido ser la de obtener las conclusiones puesto que nos encontramos con un montón de síntomas y signos que se podían llegar a asociar a diversas patologías (pese a que el profesor nos dijo desde primer momento cuál era estábamos interesados en realizar nuestra propia investigación y deducción y sacar nuestras conclusiones sobre la enfermedad.)

Ha sido un trabajo muy interesante, no solo porque nos ha hecho trabajar en equipo y afianzar la amistad que tenemos en el grupo de prácticas, sino que también ha servido para aprender mucho. Bueno, quizás más que aprender nos ha servido para profundizar en un

conocimiento que ya teníamos obtenido de las clases. Ha servido para ver todo de manera más visual y esquematizada, para aprender a resumir una información que teníamos de manera muy extensa y desglosarlo por partes para ir comprendiéndolo poco a poco y mejor.

El póster es una actividad muy visual y esquemática que permite aprender la información que queremos mostrar de manera rápida, sencilla y divertida.