



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/62 - La descompensación de la pluripatología

B. Sánchez García

Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Familia. Centro de Salud Vistabella.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 85 años con antecedentes personales de HTA. DM tipo 2 en tratamiento con ADO. Cardiopatía hipertensiva. FA crónica anticoagulada con sintrom. Insuficiencia renal crónica. Anemia crónica multifactorial. Consulta en urgencias por cuadro de 7 días de evolución de tos, expectoración blanca y fiebre que tratada en un principio por su MAP, sin mejoría. Dos días antes se añade además aumento de disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, edemas en MMII y oligoanuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: TA 110/60, FC 108 lpm, SatO<sub>2</sub> 95 con GN a 2 l. afebril. Ac: arritmico sin soplos audibles, dificultad por ruidos respiratorio. AP: hipoventilación con abundantes roncus y sibilantes en ambos campos pulmonares. Abdomen globuloso no doloroso a la palpación. MMII: edemas con mínima fovea hasta rodilla. ECG: acxfa a 109, sar. analítica. Glu 145, urea 240, creat 4,8, Na 125, K 5, proBNP 2.923 hem: leucocitos 24.900 con 84,9 n), Hb 8,6. Coag: inr 4,34. GV: pH 7,33, pCO<sub>2</sub> 41,6. Rx tórax: mínimo pinzamiento de ambos senos costofrénicos, no infiltrados ni condensaciones.

**Juicio clínico:** Insuficiencia cardiaca congestiva descompensada por infección respiratoria mas FA rápida. Anemia crónica reagudizada. ERC reagudizada de probable origen prerenal.

**Diagnóstico diferencial:** En este caso dados los resultados de las pruebas complementarias no se podía plantear otros diagnósticos que fueran los causantes de dicha descompensación cardiaca. Pensando en otras causas posibles: ICC descompensada por infección urinaria, hiperglucemia, infección intraabdominal...

**Comentario final:** A su llegada la paciente se encuentra con regular estado general y taquipneica por lo que se administra O<sub>2</sub> en gafas nasales, nebulización con broncodilatadores y corticoides, actocortina y furosemda intravenosos con mejoría clínica, posteriormente se procede a su ingreso en planta de medicina interna. Se solicita cultivo de esputo. En urgencias hospitalarias nuestra actuación debe ser lo más rápida y efectiva posible, pero a veces no es fácil hacer un diagnóstico completo y poner las medidas adecuadas con tan poco tiempo disponible, por ello debemos hacer un buen uso de los recursos que tenemos e hacer hincapié en los antecedentes del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Goodlin SJ, Bonow RO. Care of patients with end-stage heart disease. En: Mann DL, Zipes DP, Libby P, et al, eds. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2014.