

327/6 - DOCTOR VENGO A HACER UNA ANALÍTICA...

F. Martínez Rodríguez¹; C. Campa García²; C. Arias Meneses³; M. Cobo Ruiz⁴; M. Manzano Llaneza⁵; I. García Suárez⁶.

¹Médico de Familia. Centro de Salud de La Caridad. Asturias.; ²Médico de Familia. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias.; ³Médico de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Asturias.; ⁴Enfermera. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias.; ⁵Médico de Familia. Centro de Salud de Campo de Caso. Asturias.; ⁶Médico de Familia. Centro de Salud de La Felguera. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años sin alergias medicamentosas conocidas: No conocido: acude a solicitar analítica. Se realiza toma rutinaria de T.A. presentando cifras de 180/100 mm Hg. Se objetiva obesidad con un IMC de 33.2 kg/m². Realizando anamnesis general para conocer el motivo de acudir a consulta, el paciente reconoce ser fumador de 20 paquetes-año y cuenta haber sufrido episodios de dolor precordial opresivo sin irradiación acompañado con sudoración profusa, sin náuseas ni vómitos, y ocasionalmente disnea sin clara relación actividad física, motivo por el que decidió acudir (aunque lo relaciona con estrés laboral). La auscultación cardiopulmonar es normal, en la exploración abdominal dificultada por la obesidad. No edemas ni signos de TVP en extremidades inferiores ni soplos a nivel carotídeo. Se realiza ECG sin hallazgos patológicos y se cita para analítica y control de cifras tensionales. Se pauta nitroglicerina sublingual si precisa, 100 mg de AAS diarios y se solicita consulta preferente con Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración descrita previamente. Analítica completa; electrocardiograma; ecografía abdominal; retinografía; ecocardiografía.

Juicio clínico: Se confirma diagnóstico de HTA grado III, iniciándose tratamiento con betabloqueante y citándole para resultados analíticos y aportará AMPA. Acude a por resultados hallándose una HbA1c de 6.7 (se diagnostica Diabetes Mellitus tipo 2) y un FG de 43 sin alteraciones en sistemático ni sedimento urinario diagnosticándose de ERC IIIb; las T.A. permanecen elevadas por lo que se añade IECA, se pauta linagliptina, se solicita ecografía abdominal, retinografía, y se deriva a Nefrología. Cardiología realiza ecocardiografía siendo diagnosticado de cardiopatía hipertensiva en fase dilatada con fracción de eyección (FE) 45% con clase NYHA II/IV estable, manteniendo mismo tratamiento e indicando control de FRCV por parte de A.P. hasta próxima revisión. La ecografía abdominal fue informada como normal y Nefrología decide mantener tratamientos y revisiones periódicas y mantiene las mismas indicaciones que Cardiología. Se realiza retinografía en nuestro C.S. y no se observan signos de retinopatía diabética. Actualmente presenta un buen control de los FRCV, ha perdido peso y ha disminuido el consumo de tabaco con apoyo de parches de nicotina, bajo estricto seguimiento en consulta médica y de enfermería en A.P.

Diagnóstico diferencial: Angina de pecho; HTA; dislipemia; Diabetes Mellitus; síndrome metabólico; tabaquismo.

Comentario final: La bibliografía describe hasta un 75% de diagnósticos a través de la anamnesis. En el ámbito clínico, y en las consultas de atención primaria en particular, deben realizarse las actividades

preventivas y de detección temprana (cribado) de los FRCV que están bien establecidas por la evidencia científica. El concepto de enfoque global del riesgo cardiovascular permite obtener una reducción del riesgo a través de la actuación sobre los distintos FRCV. El objetivo debe ser reducir la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular en el futuro, así como la pérdida de calidad de vida, discapacidad y mortalidad asociadas.

Palabras clave: Analítica; hipertensión arterial; cardiopatía; FRCV.

Bibliografía

- Selman-Houssein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2003. p10-26.

Lobos Bejarano, JM; Brotons Cuixart, C, Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención.. Aten Primaria. 2011;[43\(12\):668-677](#).