

347/2275 - DOCTOR, YO ANTES ERA MÁS MORENO Y AHORA ME FATIGO DEMASIADO

V. Rubio Ruiz^a, F. Madrona Marcos^b, R. Octavio Sánchez^c y L. Belda Palomo^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Zona 5a. Albacete. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona III. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años, hipertenso, diabético de más de 10 años de evolución, dislipémico, sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de Ictus isquémico parietal derecho en 2011, arteriopatía periférica con isquemia grado IV, portador de marcapasos, Insuficiencia renal crónica grado II. Tratamiento habitual: Ácido acetilsalicílico, atorvastatina, ranitidina, metformina/vidagliptina, hidroclorotiazida/amilorida, losartan. KATZ A, con buen apoyo familiar y sin deterioro cognitivo. Clase funcional I/IV. Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo aumento de su disnea basal hasta hacerse de reposo, debilidad y palidez cutánea de pocos días de evolución, sin acompañarse de disminución de diuresis, dolor torácico, tos o expectoración ni otra sintomatología de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Sin hallazgos salvo taquipnea, palidez cutánea y edemas con fóvea. En la analítica destaca hemoglobina de 8,2 (previa 15,3). Radiografía de tórax: Impresiona de derrame pleural bilateral e infiltrado bilateral intersticial. Se deriva a hospital de referencia para completar estudio.

Orientación diagnóstica: Disnea a estudio. Insuficiencia cardiaca aguda de causa indeterminada.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, anemia, neoplasia, aplasia medular, sangrado oculto por ácido acetilsalicílico, tromboembolismo pulmonar, disfunción marcapasos.

Comentario final: La insuficiencia cardiaca tiene origen multifactorial. En un paciente con múltiples factores de riesgo como este caso debemos descartar diversas causas como desde un mal funcionamiento de marcapasos hasta una anemia de origen no filiado como factor precipitante. Una correcta coordinación entre el médico de Atención Primaria y el Especialista Hospitalario es clave para un diagnóstico y posible tratamiento de la causa precipitante precoces. El paciente requirió ingreso hospitalario donde finalmente fue diagnosticado de insuficiencia cardiaca secundaria a anemia ferropénica, actualmente en estudio y pendiente de aspirado medular, tras hallazgos anodinos en colonoscopia y descartadas otras posibles causas.

Bibliografía

1. Aguirre Tejedo A, Miró Ò. Precipitating factors in acute heart failure: a review. *Emergencias*. 2017;29(3):185-93.
2. Anand IS, Gupta P. Anemia and Iron Deficiency in Heart Failure: Current Concepts and Emerging Therapies. *Circulation*. 2018;138(1):80-98.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Anemia. Disnea.