Semergen. 2018;44(Espec Congr 3):65

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

333/17 - APRENDIENDO CADA DÍA

S. Arenas Sotelo[1], I. Asensio Chico[2], J. Terrero García[3], J. González González[1].

[1]Médico de Familia. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo. [2]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo. [3]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años con DM2 , dislipemia y encefalopatía microvascular en tratamiento habitual con vildagliptina, metformina, pravastatina y AAS. Comienza hace un año con tos y algún roncus aislado, sin edemas. Solicitamos radiografía de tórax que plantea dudas sobre la existencia de redistribución. Se envia a Neumologia que diagnostica como EPOC. Al año regresa por disnea de moderados esfuerzos sin ortopnea y presentado edema leves de MMII. En el ECG se encuentra ritmo sinusal, BCRIHH y crecimiento ventricular izquierdo. Se hace interconsulta a Cardiología e iniciamos tratamiento con una tiazida. Vuelve a la consulta por empeoramiento de su disnea y dolor torácico por lo que se deriva a Urgencias para descartan una cardiopatía isquémica. Presenta un NT-proBNP elevado. Se cambian y suben los diuréticos en varias visitas pero el paciente empeora hasta que se le realiza un Ecocardiograma en Urgencias Hospitalarias donde se encuentra una miocardiopatía dilatada con una FEVI de 15-20% e ingresa en Cardiología. Al alta precisa visitas domiciliarias frecuentes para el control del peso, TA, glucemia y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía, ECG, NT-proBNP y ecocardiograma.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca. Miocardiopatía dilatada.

Diagnóstico diferencial: EPOC. Cardiopatía isquémica. Otras causas de disnea.

Comentario final: Los síntomas típicos como ortopnea y edema de MMII pueden no estar presentes en un primer momento. El 98% de los pacientes tienen alteraciones en el ECG. La determinación del péptido natrurético es sencilla y si fuese posible solicitarla en Atención Primaria nos serviría para confirmar o descartar el diagnóstico y podríamos protocolizar directamente el envío a ecocardiografía, optimizando el proceso diagnóstico y terapéutico.

Bibliografía

Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. J Am Coll Cardiol [Internet]. Elsevier; 2013;62(16):e147-239.

Murga N, Brotons C, Quindimil JA. Insuficiencia cardíaca. En: Bueno H, Lobos JM, Murga N, Díaz S. Procesos asistenciales compartidos entre Atención Primaria y Cardiología. Barcelona: semFYC ediciones; 2015. p. 65-73.

Aldámiz-Echevarria B. Insuficiencia cardíaca: conceptos generales y diagnóstico [Internet]. fisterra.com. 2014. Disponible en:http://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca-conceptos-generales-diagnostico/

Palabras clave: Disnea. Insuficiencia cardíaca. Péptido nautriurético. Atención Primaria.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.