



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/36 - Un caso sencillo que se complica... Manejo del riesgo cardiovascular en un servicio de Urgencias

J. Santianes Patiño^a y C. Menéndez Fernández^b

^aMédico de Familia; ^bDUE. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años que acude a Urgencias por cuadro de disnea de moderados esfuerzos de dos semanas de evolución. Fumador y bebedor social sin otros antecedentes conocidos

Exploración y pruebas complementarias: TA: 201/122. SatO₂ 99%. En la exploración destaca una auscultación cardíaca arrítmica, hipoventilación en bases pulmonares y edemas con fóvea en miembros inferiores. En cuanto a pruebas complementarias: hemograma (normal), bioquímica (glucosa 275, urea 98, creatinina 3,2), sistemático de orina (glucosuria 4+, proteinuria 4+), EKG (fibrilación auricular con respuesta ventricular a 70 lx'), Rx tórax (derrame pleural izquierdo, engrosamiento hiliar derecho). El examen de fondo de ojo muestra exudados algodonosos y microhemorragias bilaterales.

Juicio clínico: Los diagnósticos que podemos hacer en este paciente son: 1) Hipertensión arterial-crisis hipertensiva con afectación de órgano diana; 2) Hiperglucemia en rango de diabetes; 3) Enfermedad renal crónica; 4) Fibrilación auricular de inicio indeterminado; 5) Derrame pleural no filiado. El paciente rechaza ingreso por parte de Nefrología y firma el alta voluntaria.

Diagnóstico diferencial: Evolución: se inicia tratamiento con bisoprolol 2,5 mg, amlodipino 5 mg, enoxaparina 80 mg y se deriva a control por su médico de atención primaria. Su MAP inicia tratamiento con sitagliptina 50 mg y ante persistencia de cifras tensionales elevadas, ajusta tratamiento antihipertensivo (suspende amlodipino, iniciando manidipino 20 mg y dosazoxina 4 mg). El paciente es valorado por distintos servicios: Hematología (inicia tratamiento anticoagulante con warfarina), Medicina interna (que ante persistencia de derrame pleural solicita valoración a Neumología), Neumología (solicita TC: cardiomegalia, calcificación de arterias coronarias, derrame pleural bilateral, arteria pulmonar de 37 mm sugestiva de hipertensión pulmonar), Cardiología (ecocardio con hipertrofia de ventrículo izquierdo, sin valvulopatías ni signos de hipertensión pulmonar) y Nefrología (realización de una MAPA: promedio 179/95 con un 100% de las medidas sistólicas y un 98% de las diastólicas sobre el límite). En el momento actual tratamiento con: warfarina, sitagliptina, furosemida, bisoprolol, manidipino, doxazosina.

Comentario final: El interés de este caso radica en dos puntos fundamentales: 1) Infradiagnóstico del riesgo vascular: este paciente es de riesgo cardiovascular muy alto y lo desconocía; y 2) La gestión de casos: una dinámica de trabajo poco implantada en nuestro medio que permite mejorar la atención y reducir costes entre otros beneficios (por poner un ejemplo, las hormonas tiroideas fueron solicitadas tres veces en un mes por tres especialistas diferentes).

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcia, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Hypertension*. 2013;7:1281-357.
2. Volpe M, et al. Cardiovascular risk assessment beyond systemic coronary risk estimation: a role for organ damage markers. *J. Hypertens.* 2012;30:1056-64.