



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/125 - ALGO NO CUADRA...

A. Sánchez Reche^a y J. Delgado Casado^b

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Ciudad Real II. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real II.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 53 años que consulta en Atención Primaria por disnea de esfuerzo, ortopnea, aumento de edemas y tos con expectoración mucosa de dos días de evolución. Se pautó antibiótico junto con aumento de dosis de diurético con mejoría parcial de la sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Alergia a allopurinol. HTA, DM2, dislipemia, sobrepeso. Fumador. No patología cardiaca conocida. EPOC. Roncador habitual. Tratamiento habitual: metformina/sitagliptina, olmesartán medoxomil, fenofibrato, furosemida, doxazosina, omeprazol, manidipino, indacaterol/bromuro de glicopirronio, salbutamol. TA 147/78, SatO2 91% basal. No ingurgitación venosa yugular a 45°. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. FC 100 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido en bases, con roncus dispersos. Abdomen: globuloso, no distendido, no oleada ascítica. Miembros inferiores: edemas maleolares con fóvea. Pulsos periféricos presentes y bilaterales. Se solicitó: Electrocardiograma: ritmo sinusal, a 100 lpm, sin signos de isquemia aguda. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico en los límites altos de la normalidad, engrosamiento hiliar, sin condensaciones ni infiltrados, no pinzamiento de senos costofrénicos.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca.

Diagnóstico diferencial: SAHS, hipertensión pulmonar, cor pulmonale.

Comentario final: Paciente pluripatológico, polimedicado y complejo. Si asumimos la actitud clásica, la mayoría de los perfiles profesionales del sistema sanitario deberían atender a esta persona (neumólogo, cardiólogo, endocrino, etc.), siendo fuente de inseguridad clínica, posible iatrogenia e ineffectividad. Atención Primaria debe replantearse su actual organización y liderar el cuidado de estos pacientes mediante: 1) Estratificación de riesgos. 2) Identificación de cuidadores y familiares. 3) Disponer de un profesional hospitalario de referencia y establecer planes compartidos y decisiones anticipadas. 4) Establecer sistemas de información no presencial, tanto con el hospital como con el paciente.

Bibliografía

1. Murcia-Zaragoza JM, García-Romero L, García-López M, Cepeda-Rodrigo JM. Prevalencia e importancia de las comorbilidades en pacientes con insuficiencia cardiaca: la importancia del síndrome de apnea del sueño. Rev Clin Esp. 2016;216:513.
2. Sánchez Enrique C, Vivas D. Protocolo diagnóstico del cor pulmonale. Medicine. 2013;11(44):2662-6.
3. Ferrera C, Vilacosta L. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial pulmonar. Medicine. 2013;11(44):2649-53.

4. Rodríguez Gabella T, Martín Moreiras J, Cruz González I, Pabón Osuna P, Martín Luengo C. Protocolo diagnóstico de la insuficiencia cardiaca aguda y sus complicaciones. Medicine. 2013;11(35):2162-5.