



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4621 - PACIENTE CON DISNEA SÚBITA E HIPERTENSIÓN

A. Muñoz Cué^a, K. Quintana Reyes^b, F. Búrdalo Carrero^c, R. Rodríguez Sánchez^d, Á. Rodríguez de Cossio^e y M. Martínez Malabia^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ugena. Illescas. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benquerencia. Toledo. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Pintores. Parla. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid. ^fEnfermera de Atención Primaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años, que presenta disnea súbita, dolor torácico atípico en hemitórax derecho, sudoración profusa. Acude al servicio de urgencias hospital donde se objetivan cifras de presión arterial (PA) de 220/150 mmHg. Con la sospecha de edema agudo de pulmón (EAP) en paciente con emergencia hipertensiva ingresa en UVI. Antecedentes personales: paciente latinoamericana, lleva diez años viviendo en España, hipertensión arterial diagnosticada 1 año antes, tres embarazos y partos normales. Padre presentó episodio de EAP por emergencia hipertensiva en una edad similar a la de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Altura 174 cm, peso 84 kg, IMC: 27,4. Glucemia 144 mg/dL, creatinina 1,54 mg/dL, sodio 141 mEq/L, potasio 3,21 mEq/L. Troponina 0,102 ng/ml, proBNP 5.342 pg/mL, dímero D 1719 ng/mL. Gasometría arterial: pH: 7,42, PaCO₂: 38 mmHg, PaO₂: 60 mmHg, HCO₃: 24 mEq/L. Hemograma normal. Rx tórax: cardiomegalia, infiltrados bilaterales compatibles con EAP. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo dilatado con FEVI 35-40%. Aurícula izquierda dilatada. Fondo de ojo normal.

Juicio clínico: EAP.

Diagnóstico diferencial: Las principales causas de insuficiencia cardiaca son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, miocardiopatías, valvulopatías, anemia, enfermedades pulmonares, disfunción tiroidea.

Comentario final: Mujer de 31 años, con antecedentes de hipertensión arterial, detectada un año antes en su consulta de atención primaria. La paciente estaba en tratamiento con losartan 100 mg + hidroclorotiazida 25 mg. Mala adherencia al tratamiento, sin seguimiento desde el diagnóstico. Dieta con sal abundante. En estudio para descartar hipertensión secundaria, durante su ingreso se descartó dilatación de arterial renal e hipertiroidismo. La valoración cociente aldosterona/renina resultó: aldosterona 363 pg/mL (200 pg/mL), cociente aldosterona/actividad renina plasmática 17,3 ng/mL/h (1,5-11). Revisión en consulta de atención primaria con cifras de PA 148/92 mmHg. En

tratamiento con dieta sin sal, ejercicio aeróbico, diltiazem 120 mg cada 12 horas, atorvastatina 40 mg. Se añade al tratamiento losartan 50 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg, cada 24 horas. Ante el mal control en consulta, solicitamos MAPA.

Bibliografía

1. Aldámiz-Echevarría Iraurgi B. Guía Clínica de insuficiencia cardiaca: conceptos generales y diagnóstico. Fisterra. Guías Clínicas en Atención primaria 2014.
2. Roig Minguell E. Insuficiencia cardiaca. En Farreras P, Rozman C, dirs. Medicina Interna, 12^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 414-23.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Hipertensión. Adherencia terapéutica.