



## 204/36 - UN CASO SENCILLO QUE SE COMPLICA... MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

J. Santianes Patiño<sup>a</sup> y C. Menéndez Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>DUE. 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. SatO<sub>2</sub> 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 dosazosina 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.