



## 204/101 - RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE TRASPLANTADO

A. Ruiz Rodríguez<sup>a</sup>, C.A. Reyes Mateo<sup>b</sup>, M.M. San Emeterio Barragán<sup>c</sup>, M. Rubio Revuelta<sup>d</sup> y A.M. García Ochoa del Olmo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. SUAP Meruelo. San Miguel de Meruelo. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud.

<sup>c</sup>Médico de Familia. SUAP Agüera. Castro Urdiales. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Cazoña. Santander. <sup>e</sup>Médico de Familia. 061. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 52 años, con trasplante renal a los 23 años, en tratamiento inmunosupresor, HTA y con IAM lateral (SCASEST) a los 42 años, que consulta por dolor precordial, mareo y palidez cutánea de 3 horas de evolución. En el ECG aparece un ritmo sinusal a 96 lpm con T negativa en V5 y V6, su TA es de 129/68. Se decide traslado al hospital comarcal en UVI Móvil. En el hospital, donde el paciente ya ha sido atendido previamente por otros episodios de dolor torácico que cedieron con nitroglicerina (siendo valorado por Cardiología), se le trata con NTG y mórficos pero, al no ceder la clínica y producirse un aumento de la troponina I, se decide su traslado a la unidad de coronarias del hospital de referencia. Tras este traslado un TAC objetiva disección aórtica aguda tipo A, con shock cardiogénico y taponamiento cardiaco. Se le realiza una intervención de Bentall con tubo valvulado y prótesis mecánica.

**Exploración y pruebas complementarias:** En nuestro medio, la Atención Primaria, la valoración de urgencia de este paciente se limita a la exploración física y toma de constantes, la realización precoz de un electrocardiograma de doce derivaciones y mantener al paciente monitorizado y con un acceso venoso (o incluso dos), hasta la llegada del transporte medicalizado. En la exploración física, además del dolor precordial referido por el paciente, presentaba sensación de mareo y palidez cutánea, con auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad, TA de 130/70, saturación de O<sub>2</sub> (aire) del 98% y un ECG con RS a 96 lpm con T negativa en V5 y V6.

**Juicio clínico:** Disección aórtica aguda tipo A, con shock cardiogénico y taponamiento cardiaco.

**Diagnóstico diferencial:** Ante un episodio de dolor torácico agudo, en el paciente que nos ocupa, el diagnóstico diferencial debe incluir, A. Procesos potencialmente graves (cardiopatía isquémica, disección aórtica, taponamiento cardiaco, TEP y el neumotórax a tensión), B. Procesos urgentes no vitales (pericarditis, prolapso de válvula mitral, neumonía, derrame pleural), C. Procesos banales (costocondritis, estado de ansiedad).

**Comentario final:** 1. En el caso de nuestro paciente y en casos similares, los médicos de Atención Primaria debemos aprovechar al máximo la facilidad de comunicación con la Unidad de Coronarias, de cara a decidir de la forma más eficiente el destino de nuestro paciente. Por tanto, tenemos que procurar gestionar dicho traslado mediante la comunicación con la Unidad de Coronarias primero y

con el centro de coordinación del 061 después para evitar demoras innecesarias en la atención óptima del mismo. 2. Recordar que “la mortalidad cardiovascular se ha constituido en los últimos años como la primera causa de muerte del trasplantado renal, por delante de las infecciones y de los procesos neoplásicos”.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Elsevier España, 2010.
2. Campistol JM. Riesgo cardiovascular en el paciente trasplantado renal. Nefrología. 2002;22(Supl1).