

## Frente a una hipertensión arterial ya diagnosticada, ¿pensamos en la posibilidad de que sea secundaria?

**Sr. Director:** Quisiéramos hacer una reflexión sobre el progresivo aumento de pacientes inmigrantes que acuden a nuestras consultas de Atención Primaria con diagnósticos y tratamientos crónicos instaurados en sus países de origen o bien en la ruta migratoria, y concretamente aquellos ya diagnosticados de hipertensión arterial (HTA).

En este escrito relatamos un caso de una mujer de 43 años de origen colombiano (residente en Menorca desde el año 2001) que acudió a nuestra consulta para el control de una HTA sistémica en tratamiento con propranolol (80 mg cada 8 horas), diagnosticada y controlada en su país de origen.

Como antecedentes personales: no tenía hábitos tóxicos ni otros antecedentes, salvo una preeclampsia a los 19 años, por la que le tuvieron que inducir el parto.

Habida cuenta las dosis altas de propranolol y una serie de efectos secundarios que presentaba (sequedad de boca, dispareumia, etc.), en una visita posterior se le cambió el propranolol por un bloqueador beta cardioselectivo, atenolol, sin apreciarse cambios sustanciales en su presión arterial (PA).

A partir de este momento, acudió a nuestra consulta por motivos muy diversos sin aparente relación con su hipertensión. Así, alteraciones del ritmo intestinal sugestivo de colon irritable, episodios autolimitados de ansiedad –que fueron tratados con alprazolam–, cefaleas frontales intensas –que obligaron a la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) craneal, cuyo resultado fue negativo, y derivación al Servicio de Neurología, donde se la trató sin éxito con flunarizina–, y pérdida de hasta 5 kg de peso en pocos meses, sin que existiera un claro síndrome tóxico, ni hubiera modificado sus hábitos alimentarios. Sintomatología que nos sugirió que la paciente pudiera estar afectada de un cuadro de hipertiroidismo, y que éste fuera la causa subyacente de su hipertensión.

Tras una exploración física completa, pruebas analíticas (hormona estimuladora del tiroides [TSH] = 0 mIU/l, T4 = 5,4 mIU/l) y ecografía de tiroides se concluyó que la enferma padecía un bocio hipertiroideo. De este modo, se inició tratamiento con anti-tiroideos –neotomizol–, tras lo que (TSH = 2,5 mIU/l, T4 = 0,5 mIU/l) fue mejorando su PA, permitiendo la reducción del tratamiento antihipertensivo hasta dosis mínimas y la desaparición de sus otras molestias (cefaleas, síntomas intestinales...).

En definitiva, se trataba de un caso de hipertensión secundaria por hipertiroidismo subyacente no diagnosticado en una enferma diagnosticada de HTA esencial.

Es conocido por todos que un 90%-95% de los casos de HTA sistémica son de origen idiopático (no se puede identificar una causa) y el 5%-10% restante se encuadra en lo que se conoce como hipertensión secundaria, es decir, aquella que tiene una causa y fisiopatología conocida y, por tanto, perfectamente diagnosticable. Muchas enfermedades pueden desencadenar una hipertensión secundaria, así desde enfermedades del parénquima renal, enfermedades renovasculares, coartación de aorta, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, hipo-hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, tóxicos –alcohol...–, fármacos –anticonceptivos orales, corticoides...–.

Por esto, es obligación del médico del primer nivel al detectar una HTA, descartar estas causas secundarias más frecuentes, puesto que el tratamiento etiológico no sólo puede normalizar las cifras tensionales sino conducir a la curación de la HTA.

Los factores que nos tienen que hacer pensar siempre en una hipertensión secundaria son:

- 1) El debut de la HTA antes de los 20 años o después de los 50.
- 2) Una marcada elevación de la PA o HTA con daño grave en órganos diana.
- 3) Una obesidad troncular y/o estrías rojo vinosas sugestivas de un hipercortisolismo, como la presencia de exoftalmos en hipertiroidismo.
- 4) Una HTA resistente o refractaria al tratamiento (pobre respuesta al tratamiento médico usual), obligando a la utilización de tres o más antihipertensivos.
- 5) Algunas pruebas bioquímicas específicas que sugieren ciertas alteraciones (hipercalcemia en el hiperparatiroidismo, hiperglucemia en el síndrome de Cushing y feocromocitoma e hipocaliemia en tumores productores de renina o hiperaldosteronismo primario).

Este caso clínico nos hizo plantearnos la pregunta de: “siendo el hipertiroidismo una enfermedad frecuente, ¿cuál era su responsabilidad en la producción de HTA secundaria?”.

Realizamos una búsqueda bibliográfica accediendo a las bases de datos Medline, Colaboración Cochrane, DARE y *Clinical Evidence* introduciendo como palabras MeSH: “hipertiroidism” e “hipertensión”.

Así, en el caso de la HTA secundaria a hipertiroidismo, puede haber diferentes causas, siendo la enfermedad de Graves la que presenta mayor relación con fenómenos de HTA y taquicardias. La elevación de la presión diastólica es poco común, siendo la presión sistólica la que frecuentemente se encuentra elevada y que, como demuestra nuestro caso, el tratamiento del hipertiroidismo desciende la presión sistólica en la mayoría de los casos.

También es conocido que en las mujeres embarazadas que se descubre una hipertensión sistémica la disfunción

tiroidal es una causa frecuente de este trastorno (hasta un 78% de los casos).

Pero, y volviendo al inicio del escrito, ¿qué ocurre con aquellos pacientes que nos llegan a la consulta ya diagnosticados de hipertensión y con el tratamiento establecido de años?, ¿debemos buscar nuevamente otras causas secundarias dudando del diagnóstico inicial?

Queda claro que una adecuada historia clínica en la primera visita con una buena exploración física y electrocardiograma (ECG), junto con una analítica de control en la que se incluyan además de lo habitual, la función renal, los iones y las hormonas tiroideas, nos pueden dar datos suficientes con los que sugerimos una causa secundaria en la mayoría de los casos.

L. LINARES POU Y M. SEGUÍ DÍAZ  
Médicos de Familia. UBS Es Castell.  
Menorca. I Balears. España.

#### AGRADECIMIENTO

Al Dr. Txema Coll Benejam. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Dalt Sant Joan de Mahón, Menorca, por su ayuda y consejo en la búsqueda de información en las principales bases de datos médicas.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Akponou B, Mulrow PJ, Hoffman EA. Secondary hypertension: evaluation and treatment. *Dis Mon.* 1996;42(10):609-722.
- Bankowska EM, Pawlowska A, Leibschang J. Thyroid Function in pregnant women with pregnancy induced hypertension. *Ginekol pol.* 2003;74(10):1044-8.
- European society of Hypertension, European Society of Cardiology. Directrices para el tratamiento de la hipertensión. Spain: Medical Trends; 2003.
- Gasiorowski W, Plazinska MT. Arterial hypertension associated with hyper and hypothyroidism. *Pol Tyg Lek.* 1992;47(44-45):1009-10.
- Mohr-kahaly S, Kahaly G, Meyer J. Cardiovascular effects of thyroid hormones. *Z Kardiol.* 1996;85 Supl 6:219-31.
- Saito I, Saruta T. Hypertension in thyroid disorders. *Endocrinology Metabolic Clinical North Am.* 1994;23(2):379-86.
- Sharma AK, Mishra SK, Mithal A. Intraoperative hypertension during thyroidectomy for Grave's Disease. *J. Assoc Physicians India.* 1995; 43(5):334-5.
- Sito I, Ito K, Saruta T. The effect of age on blood pressure in hyperthyroidism. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(1):19-22.
- U.S. Department of health and human services. Séptimo informe del Joint National Committee. US 2003.

## Tos crónica en un anciano con dispepsia

**Sr. Director:** Presentamos el caso de un varón de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad obstructiva crónica, osteoporosis, cardiopatía isquémica y dispepsia ocasional. No fumador ni bebedor habitual.

En tratamiento actual con domperidona, clortalidona, ácido acetilsalicílico (AAS), atenolol, paracetamol, teofilina, terbutalina, tramadol y parche de nitroglicerina, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por tos de 6 meses de evolución, sin expectoración ni síndrome dis-

térmico, que no cede a antitusígenos habituales. Refiere episodios de "disconfort gástrico" ocasional que al parecer se alivian con la ingesta y deposiciones diarreas sin productos patológicos, coincidiendo con estas molestias digestivas. En la exploración física el paciente se encuentra consciente y orientado, bien perfundido, normohidratado y normocoloreado, temperatura axilar de 36 °C, taquipneico en reposo (FR 26 rpm), ruidos rítmicos a 64 lpm, murmullo vesicular muy disminuido en campos superiores con algunos *roncus* y sibilancias diseminadas, a la palpación profunda abdominal destaca un leve dolor en epigastrio, sin masas ni megalias, sin signos de peritonismo, y con ruidos intestinales algo aumentados. En las pruebas complementarias realizadas encontramos un hemograma y bioquímica normal, y en la radiografía de tórax posteroanterior (PA) aparece una voluminosa masa mediastínica con contenido aéreo muy bien delimitada con tabicaciones internas, sugerente de haustras, con un doble contorno proyectándose en la silueta mediastínica a través de la hipodensidad interna de la masa descrita; en la placa lateral se confirma la imagen sugerente de haustras en mediastino medio y superior, y una masa posterior con nivel hidroaéreo, que nos hace pensar en conjunto en una hernia de hiato más una hernia de colon. Durante el seguimiento del paciente, que realiza tratamiento durante 4 semanas con omeprazol 40 mg oral cada 24 horas, presenta casi una completa remisión de su sintomatología respiratoria.

La tos crónica es aquella que persiste o que es recurrente y que dura más de tres semanas, aunque algunos autores ponen el límite en más de 8 semanas, ya que la tos posinfecciosa puede durar hasta tres semanas. Dentro de las causas más frecuentes hay que destacar el goteo nasal posterior (rinitis o sinusitis) con una frecuencia entre el 8%-87%, el asma y la hiperreactividad bronquial en un 20%-33%, el reflujo gastroesofágico (hernia de hiato) en un 10%-21%, enfermedad obstructiva crónica y bronquitis crónica en el 5% de los casos, y otras causas que aparecen con menor frecuencia. El protocolo de la *American College of Chest Physician* orienta sobre unas pautas a seguir en el diagnóstico diferencial de la tos crónica (en el siguiente orden de preferencia): anamnesis (fármacos, desencadenantes, hora del día, época estacional, etc.), exploración física, pruebas complementarias (alguna de ellas en consulta especializada) como: radiografía de tórax, radiografía de senos paranasales, pruebas de función pulmonar y broncodilatadora, phmetría, valoración otorrinolaringológica, prueba broncodilatadora, eosinofilia en esputos y, por último, tomografía axial computarizada (TAC) torácica, fibrobroncoscopia y ecografía cardiológica. Si en algunas de estas exploraciones encontrásemos la causa, pondríamos tratamiento etiológico, pero en el caso de que la tos no cediese habría que pensar en una posible causa psicógena, por lo que sería recomendable una valoración psicológica.

M.J. GARCÍA PALMA<sup>a</sup>, M.D. QUIJANO LOMBARDO<sup>b</sup>,  
S. SANTAMARÍA CARMONA<sup>a</sup> Y J. CAÑADILLAS RUEDA<sup>a</sup>  
<sup>a</sup>Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria.  
Centro de Salud de la Chana. Granada.  
<sup>b</sup>FEA de urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

Corrao WM. Chronic persistent cough: diagnosis and treatment update. *Pediatr Ann.* 1996;25:162-68.

Diego Damiá A, Plaza Moral V, Garrigues Gil V, Izquierdo Alonso JL, López Viña A, Mullol Miret J, et al. Tos crónica. Normativas SEPAR. *Arch Bronconeumol.* 1999;35:499-506.

Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, Fuller R, Gold PM, Hoffsein V, et al. Managing cough as a deferenec mechanism and a symptom. A consensus panel report of the American College Of Chest Psysician. *Chest.* 1998;114 2 Suppl:133S-81.

Irwin RS, Corrao WM, Prtter MR. Chronic persistent cough in the adult: the spectrum and frecuency of causes and successful outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis.* 1981;123:413-7.

Mello CJ, Irwin RS, Curley FJ. The predictive values of the carácter, timing and complications of chronic cough in diagnosing its cause. *Arch Intern Med.* 1996;156:997-1003.

Patrick H, Patrick F. Chronic cough. *Med Clin North Am.* 1995; 79:361-73.

Pratter M, Batter T, Akers S, DubBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med.* 1993;119:977-83.

## Circuito de recetas de pacientes con patología crónica en un Centro de Salud

### CIRCUITO DE RECETAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

El equipo de Atención Primaria (EAP) de Barajas decidió implantar un circuito de recetas para pacientes con medicación crónica como proyecto de mejora de la calidad asistencial cuyos objetivos fueron:

- Objetivo principal: disminuir la actividad administrativa de la consulta médica.
- Objetivos secundarios: evitar la espera de los pacientes con medicación crónica en consulta médica, mejorar la satisfacción de los usuarios y el control de la medicación crónica.

### PLAN DE ACCIÓN

El personal sanitario (médicos y enfermeras) seleccionó a los pacientes susceptibles de ser incluidos en el circuito de recetas.

Los médicos en consulta, utilizando el programa OMI, programaron la cantidad de recetas que el paciente precisaba para un tiempo determinado, entregaron al mismo la cartilla de largo tratamiento (CLT) y le explicaron el funcionamiento del circuito. Firmaron las recetas ya preparadas revisando que eran correctas.

La enfermera supervisa el seguimiento de la CLT en las revisiones periódicas.

El personal celador y/o administrativo se encargó de la recogida de la CLT, de imprimir las recetas que estaban autorizadas, de pasarlas a la firma a los facultativos y de entregar al paciente la CLT con las recetas.

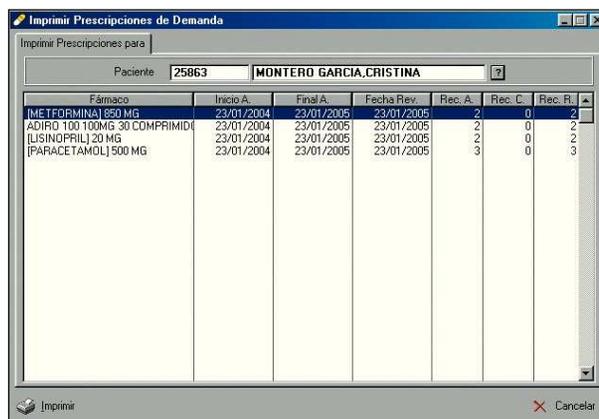
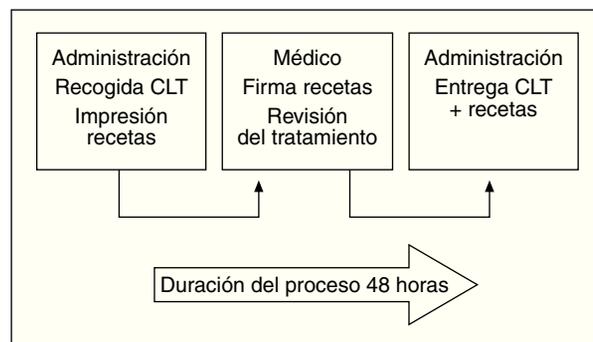


Figura 1. Impresión de cartilla de largo tratamiento.

Elaboración de la CLT: el médico incluye en la misma toda la medicación crónica que precisa el paciente para un tiempo determinado (2-3 meses), calculando el número de envases que necesita según la posología y la presentación farmacéutica. Programa en el ordenador la prescripción como medicación “a demanda” (permite que el paciente solicite medicación cuando la precise) para evitar, inicialmente, las dificultades que plantea el realizarlo como medicación “crónica” (precisa pacientes estrictamente cumplidores, no tiene en cuenta desplazamientos o ingresos de los mismos... ya que las recetas están hechas antes de que vengán y puede caducar la fecha).

Funcionamiento del circuito: el paciente entrega su CLT en el servicio de admisión en el horario de apertura del centro recogiendo la misma junto con las recetas prescritas en un plazo de 24-48 horas en el mismo lugar. El personal celador y/o administrativo recoge la CLT e imprime las recetas (fig. 1) en un tiempo expresamente dedicado a esta labor (habitualmente en la franja horaria de menor afluencia de usuarios a esta labor).

### FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO



### EVALUACIÓN

Se realizó la evaluación en octubre de 2003, analizando lo que había ocurrido a lo largo del año por diferentes indicadores:

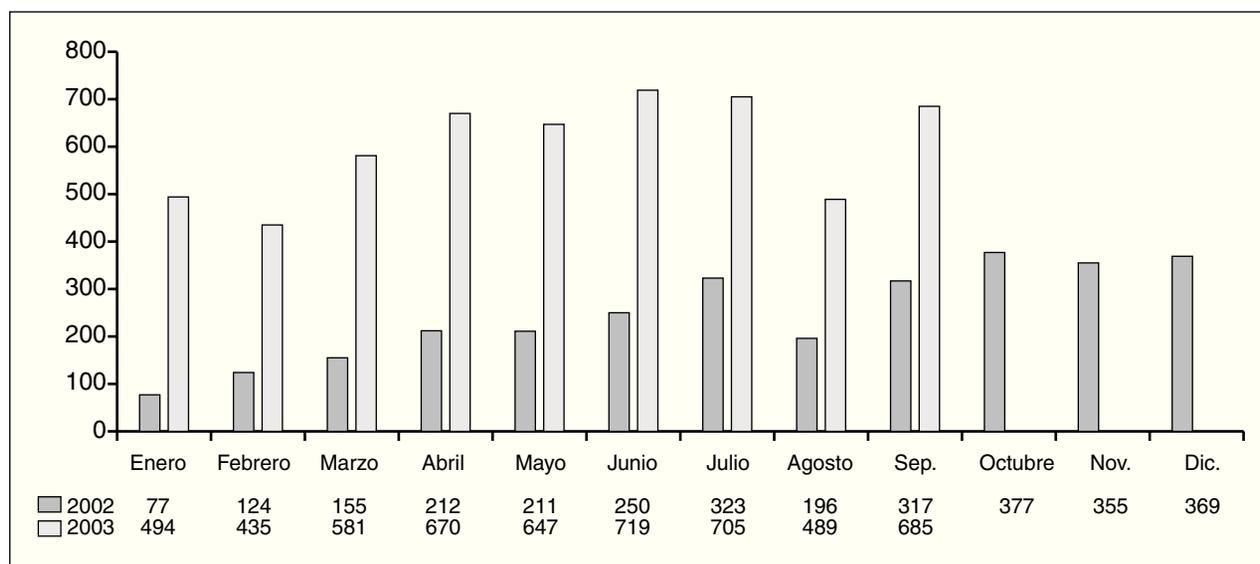


Figura 2. Número de pacientes-recetas administrativas/mes.

*Indicadores cuantitativos:* tiempo empleado en administración para realizar las recetas. Número de pacientes a los que se les proporciona medicación crónica mensualmente.

*Indicadores cualitativos:* encuesta para medir la satisfacción del usuario. Encuesta para medir la satisfacción de los profesionales.

## DISCUSIÓN

No ha habido ninguna reclamación de los usuarios, y las únicas quejas suelen venir por problemas de información del circuito del usuario y algunos errores en la entrega (se entregan recetas que no solicitan o se traspapelan) se subsanan inmediatamente o en la consulta. Sin embargo, en la encuesta realizada a los usuarios la satisfacción ha sido mayoritaria.

La actividad administrativa en la consulta médica ha disminuido claramente si tenemos en cuenta la cantidad de pacientes que recogen las recetas en administración (fig. 2) e incluso, en consulta de enfermería (esto último no se ha medido). En el mes de enero de 2002 sólo había un cupo que estaba empezado y ya había ahorrado 5 horas de jornada laboral para hacer recetas (si calculamos por tiempo que se dedica a cada paciente en aproximadamente 3 o 4 minutos). En el mes de junio de 2003 se empezó a discriminar por turno. Se observó que en el turno de mañana (con tres médicos) venían una media de 24 pacientes/día. Es decir, se veían 8 pacientes menos por médico/día, lo que supone un ahorro de 30 minutos al día de actividad burocrática en consulta por médico/día. Es decir, 1,5 días/mes de jornada laboral. Si lo aplicamos al equipo, se habrían ahorrado en el mes de julio de 2003, por ejemplo, unas 47 horas al mes (aproximadamente casi 7 días de

jornada laboral al mes por equipo). Además, la reducción de actividad burocrática puede aumentar mucho más debido a que en el turno de tarde hay 6 médicos, y el proceso de implantación del circuito empezó más tarde.

Siguiendo con lo anterior, se evita la espera de los pacientes en consulta. Es cierto que tienen que entregar la solicitud de recetas y venir otra vez a recogerlas, pero tiene la ventaja de libertad de horario desde las 8 hasta las 9 de la noche y sin cita previa. De todas formas, se puede plantear en los pacientes muy cumplidores el crear circuitos de recetas "crónicos" en vez de "a demanda" por OMI, aunque hasta ahora la satisfacción de los usuarios es buena. Eso los limitaría en las fechas de recogida de recetas porque estas estarían preparadas antes de venir a por ellas y podrían caducar si no vienen en los 10 días siguientes a hacerlas.

Las mayores quejas vienen de los administrativos y celadores, debido a lo comentado en el primer punto sobre la desinformación al usuario (preguntas en ventanilla, piden fármacos no incluidos, etc.).

En resumen, creemos que es una experiencia muy positiva que aumenta el trabajo en equipo y que se debería trasladar a otros centros. Lo más importante es poder dedicar tiempo al paciente para solucionar o prevenir patologías y no realizar cada vez más tareas burocráticas, ya que se pueden reducir aprovechando una herramienta tan útil como es un ordenador bien programado.

A. ROSILLO GONZÁLEZ, C. MONTERO GARCÍA,  
E. MENDIETA SANZ y M.A. FUENTELSAZ DEL SANTO  
Centro de Salud Barajas. Madrid.

Correspondencia: A. Rosillo González.  
Centro de Salud Barajas.  
Avda. de Logroño, 319. 28760 Madrid.  
Correo electrónico: arosillo@telefonica.net