Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1227

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2187 - Crisis hipertensiva en atención primaria

M.D. Jiménez Herrera[a], A.M. García Jiménez[b] y N. Liétor Villajos[c]

[a]Centro de Salud Belén. Jaén. [b]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Belén. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: HTA diagnosticada hace una semana. No alergias medicamentosas conocidas. Domiciliario: manidipino 20 mg/24h. Anamnesis: varón 49 años de edad acude a consulta de urgencias del C. Salud Virgen de la Capilla por detectar en Farmacia cifras de tensión arterial 220/120 mmHg. Paciente no cefalea, no dolor torácico, no disnea, ni otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Bien perfundido e hidratado. Hemodinámicamente estable. E. neurológica: PINLA, MOEC, resto de pares craneales sin focalidad. Fuerza y sensibilidad conservada. Romberg negativo. ACR: MVC sin sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos, roces ni extratonos. Saturación O2 98% basal. Abdomen: blando, depresible, no se palpan ni percuten organomegalias. RHA normales. No doloroso a la palpación. MMII: no edemas ni signos de TVP, pulsos distales presentes y simétricos. ECG: RS a 75 LPM, eje normal. T negativas en I, II, III, AVF y V2-V6. criterios de sobrecarga de VI. Analítica realizada semana anterior (rescatada de Diraya) normal salvo creatinina 2,2. El paciente ingresa en servicio observación de urgencias durante toda la noche y mañana del día siguiente, manteniendo las siguientes cifras de: 235/131 mmHg, 224/110 mmHg, 230-120 mmHg, 193-132 mmHg, 219-11 mmHg, 185-105 mmHg, 184-94 mmHg, 157/97 mmHg. P. complementarias urgencias hospital. Analítica: hemograma y coagulación normal. Bioquímica creatinina 2,10 mg/dl, resto (iones normales). Enzimas cardiacas troponina 0,05, CKMB 2. Orina proteinuria. ECG: RS a 80 LPM, eje normal con inversiones en T en I, II, III, y V3 A V6. Elevación ST en AVR y V1. Radiografía de tórax: cardiomegalia. F.O: retinopatía hipertensiva grado I.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: 1. Urgencia hipertensiva: elevación brusca de P.A (PAS > 180 mmHg o PAD > 120 mmHg) sin síntomas o síntomas inespecíficos o hipertensión en el postoperatorio inmediato o en el paciente que ha de someterse a una intervención quirúrgica mayor o a cirugía vascular arterial en las 24 horas siguientes. 2. Emergencia hipertensiva: elevación brusca de la presión arterial que produce alteraciones orgánicas o funcionales en los órganos diana (cerebro, riñón, retina, corazón y vasos sanguíneos).

Diagnóstico diferencial: HTA acelerada o maligna:(retinopatía grado III-IV de Keith-Wagener) e I. Rn. aguda. Encefalopatía hipertensiva. ACVA isquémico. Hemorragia intracraneal (subaracnoidea o intraparenquimatosa). EAP. SCA. Disección aórtica. Eclampsia. SD. Derivados del aumento brusco de CATS.

Comentario final: Con este caso queremos poner en relevancia que el inicio repentino de hipertensión acentuada, hipertensión de cualquier intensidad o ambos en un paciente 35 años o > 55 años obliga, una vez diferenciado entre urgencia y emergencia hipertensiva, a llevar a cabo una serie de pruebas complementarias con el fin de excluir una posible hipertensión arterial secundaria (sd. apnea-hipopnea del sueño, origen renovascular, feocromocitoma, sd. Cushing, hiperaldosteronismo primario, enfermedades tiroideas, etc.). También está indicado realizar estudios de hipertensión secundaria cuando el esquema medicamentoso inicial fracasa.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.