



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2231 - ¿Qué hay detrás de una hipertensión de mal control?

A.C. Gil Adrados^a, E. Paulino Martínez^b, O. Goliney^b, V. Barriento Krauss^a y L. de la Trinidad Santos Martí^c

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Estación. Talavera de la Reina.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: Varón de 58 años HTA, dislipidemia, Fumador 30 cig/día. Enfermedad renal. IMC 26,5. Antecedentes familiares: padre HTA, DBT tipo 2 NID, IAM a los 54 años. Anamnesis: el 3/2012 control de empresa TA 213/110 en 4/2012, TA 170/90 mala adherencia y no acude a controles. Ingreso UCI 8/2015 por cuadro de disnea súbita sin dolor torácico. Examen físico: HTA 240/100, 150 lpm, SO₂ 87%. ECG: RS 102, EV frecuentes. HVI. Analítica: Glu 356 mg/dl, Cr 1,48 mg/dl, PCR 23 mg/dl. Rx tórax: ICT aumentado infiltrado bilateral. Ecocardio: HVI concéntrica, FEVI conservada, no valvulopatía. SCORE 21. Diagnóstico EAP e insuficiencia cardiaca. Al alta: olmesartán 40 mg/amlodipino 5 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg, simvastatina 20.

Exploración y pruebas complementarias: Se le cita a los 5 días en nuestra consulta de primaria, TA 147/74, FC 78 Glu 93, HbA1c 5,3% y la presión arterial ambulatoria AMPA por las mañanas 160/90 y MAPA con TA diurna 163/98 mmHg y TA nocturna 161/93 mmHg, patrón non-dipper. Cesación tabáquica. Ante la sospecha de SAOS (Escala Epworth: 13 y Mallampati Clase III) se remite a la unidad del sueño urgente. Y se pauta doxazocina 8 mg nocturno.

Juicio clínico: 8/2015 polisomnografía 26 apneas obstructivas y 597 hipoapneas, el IAH es de 75,5. SO₂ media 90% en el 17,4% y del 71% la mínima. HTA no controlada SAHS muy grave. 12/2015 TA 145/80 con AMPA 140/75 IMC 30 al dejar el tabaco. 16/6/2016 TA 140/70 IMC 27,4. Usa la CPAP, hace ejercicio y sigue sin fumar.

Diagnóstico diferencial: HTA refractaria, mala adherencia al tratamiento, SAHS o inercia.

Comentario final: El objetivo en el hipertenso debe ser el diagnóstico y tratamiento correcto, conseguir el control HTA, disminuir morbimortalidad y rentabilizar el enorme esfuerzo sanitario y económico. Sospecha de SAHS ante la excesiva somnolencia diurna, ronquidos y pausas apnea observadas, entre pacientes con hipertensión arterial difícil control y RCV.

Bibliografía

1. Pépin JL, Lévy P. Pathophysiology of cardiovascular risk in sleep apnea syndrome. Rev Neurol. 2002;158:785-97.
2. Sánchez-de-la-Torre M, et al. Obstructive sleep apnoea and cardiovascular disease. Lancet Respir Med. 2013;1:61-72.

3. Loke YK, et al. Association of obstructive sleep apnea with risk of serious cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovas Qual Outcomes*. 2012;5:720-8.

Palabras clave: Hipertensión arterial. SAHS. Riesgo cardiovascular.