Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):9

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/30 - Crisis hipertensiva

A. Fernández Serna[a], L. Gómez Ruiz[b], A. González Díaz-Faes[c], C. Fortuny Henríquez[d], M.J. Arques Pérez[e] y S. Díez Martínez[f]

[a]Médico Residente de Familia. CS Sardinero. Santander. [b]Médico Residente de Familia. CS Dávila. Santander. [c]Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Marina. Santander. [e]Médico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. [f]Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 45 años que acude el 5/03/2016 a Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por mareo y vómitos. Se pauta primperan endovenoso (ev) y captopril 25 mg oral y se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH). Antecedentes personales: fumadora, síndrome depresivo, ovario poliquístico y asma moderado. HTA diagnosticada en 2005 sin adherencia al tratamiento. En 2015 ingreso hospitalario por crisis asmática e hipertensiva reiniciando tratamiento actual con enalapril 20 mg/12 horas y doxazosina 4 mg/24 horas. 3/03/2016: acude a su médico de primaria con cifras TA 240/140 rechazando traslado hospitalario y añadiéndose al tratamiento furosemida 40 mg/24 horas vía oral (vo). 05/03/-07/03/2016: durante su ingreso es valorada por cardiología, nefrología y oftalmología. Se instaura tratamiento enalapril 20 mg, furosemida 40 mg y nifedipino oros 60 mg/24h vo y perfusión continua de nitroglicerina ev, con buena evolución y control de cifras tensionales.

Exploración y pruebas complementarias: 03/03/2016: TA 240/140. 05/03/2016: TA brazo derecho 230/120, TA brazo izquierdo 220/100. Temperatura axilar 35,6 ºC, glucemia capilar 150 mg/dl (posprandial). 05/03-07/03/2016. SUH: exploración física, hemograma, bioquímica (excepto elevación de troponinas), estudio hormonal, gasometría venosa, radiografía de tórax, doppler renal sin alteraciones. ECG signos de HVI con sobrecarga sistólica. ECOTT: HVI moderada-grave con FE normal. FO: retinopatía grado III en ojo derecho y grado III-IV en ojo izquierdo.

Juicio clínico: Crisis HTA. Emergencia hipertensiva. Ante una crisis hipertensiva, lo primero es clasificar entre urgencia, emergencia o falsa urgencia hipertensiva. Lo que nos indicara la rapidez y vía de instauración del tratamiento.

Diagnóstico diferencial: La prevalencia de las emergencias hipertensivas se encuentra entre el 1% y el 7%. Ante todo paciente con este diagnóstico deberemos descartar: encefalopatía hipertensiva, disección aórtica, edema agudo de pulmón, cardiopatía isquémica aguda, enfermedad cerebrovascular aguda, eclampsia, e hipertensión maligna.

Comentario final: Consideramos que un paciente hipertenso de 10 años de evolución con mal control y sin adherencia terapéutica, debe ser derivado a SUH ante cifras 240/140, dada la

probabilidad de afectación de órgano diana como se confirma en este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez M. Conducta ante una crisis hipertensiva simple. En: Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Ed. médica Jims, Barcelona, 2002.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.