



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1986 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE HIPOFRECIENTADOR: EVALUACIÓN INICIAL

E.M. Cano Cabo^a, R. Abad Rodríguez^b, M. Cordero Cervantes^c, E.M. Prieto Piquero^d, R. Cenjor Martín^e, G. García Estrada^f, M. Maceira Failache^g, M.L. García Estrada^a, L. López Menéndez^h y B.C. di Salvo León^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. ^fMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^gMédico de Familia. Santa Eulalia de Oscos. Asturias. ^hMédico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Se presenta un caso de diagnóstico de hipertensión arterial en varón de 72 años no conocido previamente en nuestra consulta de AP tras acudir por episodio de diplopía binocular y emergencia hipertensiva. Antecedentes personales y familiares: exfumador desde hace 10 años, bebedor ocasional, sedentario. Madre: IAM 50 años. 4 hermanos hipertensos. Objetivos en la evaluación en AP: comprobar que la HTA es mantenida, estratificar riesgo cardiovascular y descartar HTA secundaria.

Exploración y pruebas complementarias: No signos físicos subjetivos de HTA secundaria. Somatometría: Talla: 174,5. Peso: 86,6 Kg. IMC: 28,44. PC: 100 cm. TA: 174/94 mmHg, FC: 62 lpm. Hemoglobina: 18 g/dL, glucosa: 137 mg/dL, creatinina: 0,81 mg/dL, urea 24 mg/dL. FG: 60 mL/min. Perfil lipídico: sin alteraciones. HbA1c: 6,0. Orina: no microalbuminuria. ECG: no hipertrofia ventricular. MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial): PA media 24h: 135/72 mmHg. Media diurna: 134/74. Media nocturna: 136/69. Patrón riser. Índice tobillo/brazo: derecho: 0,78; izquierdo: 0,74. Grosor íntima/media: 1,5 mm. Placas de ateroma en carótidas internas y glomus carotideo. TC craneal: hipodensidad en sustancia blanca periventricular secundario a patología isquémica crónica de pequeño vaso.

Juicio clínico: HTA esencial grado III. Glucemia basal alterada. Riesgo cardiovascular muy alto.

Diagnóstico diferencial: Causas HTA secundaria.

Comentario final: La evaluación y control de pacientes con elevado RCV que nunca acuden a consulta es un grave problema de salud, en éste caso el paciente acudió por clínica muy avanzada con amplias afectaciones viscerales. Desde Atención Primaria debemos hacer un abordaje integral de la presión arterial, así como el resto de factores de riesgo cardiovascular frecuentemente asociados (factores familiares como es este caso, hacer llamadas a consulta a los miembros de la familia hipofrecuentadores para evaluar el RCV y hacer una promoción de la salud y prevención de la enfermedad), además de búsqueda activa de lesiones asintomáticas de órgano diana que

incrementan su riesgo. Necesitamos diseñar buena estrategia para control eficaz de la PA, con una periodicidad que va a depender de antecedentes familiares, grado de hipertensión, FRCV, repercusión visceral y alteraciones analíticas.

Bibliografía

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2013;31:1281-357.
2. The 2015 Canadian Hypertension Education Program.

Palabras clave: *Hipertensión arterial. Factores de riesgo cardiovascular.*