

**CASO CLINICO HAS II**  
Medicina humana  
Dr. Rodrigo Pacheco Ballinas

**PRESENTA:**

**Andrés Alonso Cancino García**

**GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:**

**4to semestre y grupo B, Terapéutica farmacológica**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**Fecha: 22/06/2019**

Mujer de 62 años con cifras elevadas de TA (205/90).

Antecedentes personales:

- Fumadora de 20 cigarros/día desde hace 45 años.
- No otros hábitos tóxicos.
- Diagnosticada de DMI en 1995 con mal control glucémico en tratamiento
- HTA de larga evolución mal controlada.
- ACVA en 1989 con hemiparesia ligera residual.
- Claudicación intermitente en 1999.
- Episodio de broncoespasmo severo con desaturación.

Antecedentes familiares:

Sin interés.

Anamnesis por aparatos:

No refiere síntomas constitucionales ni fiebre.

No cambios en el hábito intestinal.

Refiere orinas más escasas, sin cambios macroscópicos.

Exploración física:

TA 205/90, FC 92 lpm, T<sup>a</sup> 36,5

Ligera palidez, bien nutrida.

A la auscultación destaca un soplo abdominal

Responde lo siguiente con la información de caso clínico

1. ¿Cuál es tu impresión diagnóstica?

Hipertensión arterial grado 3 o crisis hipertensiva

2. ¿cómo clasificas dicha enfermedad?

Se encontraría en una crisis hipertensiva debido a la presión arterial de 205/90 mmHg una presión mayor de 180 esto clasificado por la AHA, hipertensión grado 3 por medio de la JNC 8 y en la ESH/ESC.

3. ¿cuáles son los factores ambientales que presenta el paciente?

Edad, mujer en edad 62 años, antecedentes de Diabetes mellitus I no controlada, datos de hipercolesterolemia, antecedente ACVA.

4. ¿amerita tratamiento de urgencias? ¿porque? ¿cual?

Si, amerita porque su evolución sin intervención puede evocar a una emergencia con daño a órgano blanco, dado a los antecedentes de la paciente su riesgo de daño es mayor.

Administración de tratamiento antihipertensivo con diuréticos en dosis menores por la comorbilidad de diabetes, administrar IECA o ARA II y un calcioantagonista.

Además de prevenir presencia de isquemia, administrar estatinas y considerar antiagregantes plaquetarios e antiplaquetarios.

Considerar realizar examen general de orina: para evaluar proteinuria y microalbuminuria, al igual que realizar un biometría hemática, química sanguínea y perfil de lípidos.

5. ¿tratamiento de este paciente a su domicilio?

Tratamiento con un diurético tiazidico (hidroclorotiazida de 12,4-25mg/día o indapamida 1.5mg/día o 2.5mg/día) corregir el nivel de sodio y líquido, antes de usar el IECA o ARA, un calcioantagonista (verapamilo 240 mg/día a 360 mg/día), un IECA (captopril 25-50 mg/día en 2 tomas).

Considerar: Estatinas (atorvastatina: 10 mg/día y un máximo de 80 mg/día), antiplaquetario (clopidogrel 75 mg/24 h), antiagregante plaquetario (ácido acetil salicílico: 75 y 325 mg/día.)

6. ¿cuáles son las medidas higiénico dietéticas?

Realizar plan adecuado es clave para la reducción de la presión arterial (DASH) y 8-14 mmHg.

Evitar el tabaco y consumir moderadamente el alcohol y si se puede limitar mucho mejor.

Realizar un plan de ejercicio aeróbico, bajar de peso esto para reducir la presión arterial y reducir 4.4-3.5 mmHg.

Reducir el consumo de sodio, porque a pesar del tratamiento si se mantiene la dieta actual, no habría reducción y seguiría la evolución de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

CENETEC. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Gijón-Conde T, et al. (2018). Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc., 04, 1-11.