

## Evaluación prejornada

- 1) **Paciente de 28 años, con antecedentes familiares de hipertensión arterial y dislipemia, sedentario, sin antecedentes personales a destacar. En control ocasional de cifras tensionales se comprueba hace 2 días PA de 145/93 mm Hg por lo que consulta.**

Del examen clínico se destaca: Altura: 1,72 m. Peso: 70 Kg. PA: 134/85 mm Hg.

Marque la opción correcta:

- a) Con las tomas de PA realizadas se puede catalogar a este paciente como hipertenso.
- b) Dada la edad del paciente se deben investigar causas de hipertensión arterial secundaria.
- c) Por el momento no es necesario realizar exámenes paraclínicos de rutina.
- d) Si el paciente es hipertenso y no tiene lesión de órgano blanco ni condiciones clínicas asociadas, antes de iniciar drogas antihipertensivas se debería intentar un cambio de estilo de vida (régimen hiposódico, ejercicio físico moderado, etc) durante por lo menos 4 meses a los efectos de lograr un adecuado control de las cifras tensionales.

- 2) **Paciente de 55 años, diabético tipo II diagnosticado hace 3 años, dislipémico, fumador de 20 cigarrillos/día, cifras tensionales habituales en el rango de 140/90 mm Hg. En tratamiento con régimen de diabético hipolipídico y glibenclamida 10 mg/día. Practica ejercicio aeróbico.**

Concurre a consulta de control donde se comprueba altura de 1,75 m, peso de 70 k g, PA: 148/95 mm Hg.

Marque la opción correcta:

- a) No tiene indicación actual de fármacos antihipertensivos.
- b) La presión arterial objetivo en este paciente es de menos de 140/90 mm Hg.
- c) Si el examen de orina no muestra proteinuria debería realizarse una microalbuminuria.
- d) La droga de elección para el control de PA en este paciente sería el atenolol.

- 3) **Paciente de 84 años, hipertenso de larga data en tratamiento con amlodipina 5 mg/día, con cifras tensionales habituales de aproximadamente 180/80 mm Hg, ex tabaquista, EPOC.**

Ecocardiograma: hipertrofia concéntrica de VI, FEVI 62%, presión arterial sistólica pulmonar estimada en 45 mm Hg.

Marque la opción correcta:

- a) Dada la edad del paciente y el régimen tensional al que está habituada su vasculatura encefálica, no se debería intentar descender los valores de PA habituales.
- b) No tiene indicación de otros exámenes paraclínicos ya que los datos disponibles permiten catalogarlo como de alto riesgo vascular.
- c) Para descender la PA se podría aumentar la dosis de amlodipina o asociar tiazidas a bajas dosis.
- d) A los efectos de disminuir la hipertrofia ventricular izquierda se debería asociar metoprolol.

- 4) **Paciente de 65 años, hipertenso desde los 32 años, con registros tensionales de hasta 220/130 mm Hg, bien controlado hasta hace 8 meses con losartan 50 mg/día e hidroclorotiazida 12,5 mg/día. Desde entonces presenta cifras tensionales en aumento con valores habituales actuales de 190/110 mm Hg.**

Exámen clínico sin elementos a destacar salvo sobrepeso y PA de 195/112 mm Hg.

De la paraclínica se destaca azoemia 1,02 g/l, creatininemia 2,80 mg/dl, ionograma y resto de rutinas normales.

Marque la opción correcta:

- a) El mal control de la PA se explica por las bajas dosis de medicación antihipertensiva que recibe.
- b) Se debe sospechar una hipertensión renovascular asociada.
- c) El paciente debería ser sometido a hemodiálisis seriada para un mejor control de la PA.
- d) Antes de modificar la medicación debería optimizar un cambio en el estilo de vida (régimen hiposódico, caminatas, descenso de peso).

- 5) **Paciente de sexo femenino de 38 años, hipertensa conocida desde hace 2 años, en tratamiento con enalapril 20 mg/día, con cifras tensionales habituales de alrededor de 160/100 mm Hg. Desde el punto de vista clínico-paraclínico no presenta lesión de órgano blanco ni condiciones clínicas asociadas.**

Con respecto a la medicación :

- a) Cambiaría enalapril por diltiazem a dosis de 180 mg/día.
- b) Asociaría hidroclorotiazida 12,5 mg/día.
- c) Ajustaría cambios en el estilo de vida durante 4 meses antes de modificar la medicación.
- d) No se espera que la asociación con betabloqueantes permita un mejor control de la PA.

- 6) **Paciente de 58 años de sexo masculino, hipertenso conocido desde hace 10 años, ex tabaquista, infarto agudo de miocardio de cara inferior hace 2 años, asintomático. En tratamiento con régimen hiposódico hipolipídico, AAS 100 mg/día y carvedilol 25 mg/día.**

Del examen clínico se destaca índice de masa corporal normal, CV ritmo regular 64 cpm, PA 138/91 mm Hg.

De la paraclínica se destaca CT 190 mg/dl, HDL C 50 mg/dl, TG 120 mg/dl, LDL C 116 mg/dl, glucemia 0,92 g/l, función renal e ionograma normales.

ECG con ritmo sinusal y secuela de cara inferior.

Ecocardiograma: Hipoquinesia de cara inferior VI, FEVI normal, espesor de pared posterior y septum de ventrículo izquierdo normales.

Está indicado en este paciente:

- a) Mantener tratamiento antihipertensivo farmacológico actual ya que el betabloqueante mejora el pronóstico de la cardiopatía isquémica y las cifras tensionales actuales son aceptables.
- b) Sustituir el carvedilol por ramipril.
- c) Asociar otro antihipertensivo (ramipril o perindopril podrían ser buenas opciones por su efecto "vasculoprotector" independiente) para lograr cifras tensionales objetivo menores de 130/80mmHg.
- d) Asociar estatinas si en la evolución aumentan los niveles de LDL colesterol (los niveles actuales son aceptables y no hay porqué incorporarlas ahora).

- 7) **Paciente de sexo femenino de 60 años, diabética tipo II diagnosticada hace 17 años, hipertensa**

**conocida desde hace 22 años, en tratamiento con régimen de diabético hiposódico e hidroclorotiazida 25 mg/día.**

Del examen clínico se destaca: índice de masa corporal normal, discreta palidez cutáneomucosa, CV ritmo regular de 76/min, soplo protosistólico eyectivo en foco aórtico con irradiación a vasos de cuello, A2 conservado, PA 160/105 mm Hg, disminución de pulsos tibial posterior y pedio en miembro inferior derecho.

De la paraclínica se destaca: azoemia 0,90 g/l, creatininemia 2 mg/dl, ionograma normal, glucemia 1,06 g/l, hemoglobina glicosilada normal, albuminuria de 0,7/g/l (diuresis 24 horas 2 l), ECG con ritmo sinusal y bloqueo completo de rama izquierda.

Es correcto en este paciente:

- a) Aumentar dosis de hidroclorotiazida o asociar otro fármaco antihipertensivo para lograr disminuir cifras tensionales por debajo de 145/95 mm Hg (no mucho menos ya que los vasos sanguíneos están acostumbrados a cifras tensionales elevadas y puede precipitarse un evento vascular isquémico).
- b) Cambiar hidroclorotiazida por furosemide y asociar IECA o bloqueantes de los receptores de angiotensina II, buscando cifras tensionales objetivo menores de 125/75 mm Hg, controlando función renal y tolerancia.
- c) Tiene contraindicación de betabloqueantes por la presencia de arteriopatía crónica de miembros inferiores.
- d) La droga antihipertensiva de elección en este paciente son los calcioantagonistas de acción prolongada tipo amlodipina.