



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

242/3276 - HIPERTENSIÓN INTENSIVA

A. Martínez Quesada^a, M. Fuentes Jiménez^a y R. Dueñas Vargas^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 71 años de edad que acude al servicio de Urgencias hospitalarias derivada desde atención primaria por cefalea holocraneal y decaimiento del estado general de cinco días de evolución que no remite con medicación analgésica de primer escalón. Como antecedentes patológicos de interés destaca hipertensión arterial recientemente diagnosticada y en tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, taquipneica en decúbito. Estuporosa, pupilas normorreactivas. Bien hidratada y perfundida. Tensión arterial: 90/50. Saturación oxígeno: 90%. Neurológico: Glasgow 10. No rigidez de miembros superiores ni inferiores. No meningismos ni signos de rigidez nucal. Auscultación cardio-respiratoria: rítmico, sin soplos. Taquipnea a 30 rpm. Crepitantes bibasales húmedos. Abdomen: blando, depresible. No se palpan masas ni megalias. No peritonismo ni signos de irritación peritoneal. MMII: edemas con fóvea +/++++ hasta región distal tibial. No signos isquemia arteria aguda ni de trombosis venosa profunda. Dado el estado de la paciente, procedemos a su ingreso en área de observación con oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros/minuto y sueroterapia con suero fisiológico 2.000 ml/24 horas. Solicitamos analítica con bioquímica, hemograma y coagulación, obteniendo como resultado un Sodio sérico de 105 mEq/l. Se interconsulta con Unidad de Cuidados críticos e intensivos, quien decide ingreso a su cargo dado la hiponatremia grave y la repercusión neurológica de la misma. En estudio de la causa del mismo, se revisa su tratamiento, habiéndose sustituido en atención primaria enalapril de dosis 5 mg por hidroclorotiazida 12,5 mg debido por intolerancia al primero de ellos, lo que explicaría la hiponatremia presentada por la paciente. Se instauró tratamiento con sueroterapia en unidad de cuidados intensivos, aumentando el nivel de sodio sérico y por consiguiente el estado de la paciente.

Juicio clínico: Hiponatremia grave por yatrogenia farmacológica.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis vírica. Hemorragia subaracnoidea. Migraña. Intoxicación medicamentosa/alcohólica.

Comentario final: La importancia del conocimiento fisiológico y de la acción de los fármacos, que en ocasiones pueden ocasionar una clínica que comprometa la vida del paciente.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed. Madrid; 2012.

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

Palabras clave: Hipertensión. Hiponatremia. Hidroclorotiazida.