



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Caso Clínico

“Angina Estable”

Docente: Dr. Rodrigo Pacheco Ballinas

Materia: Terapéutica Farmacológica

Grado: 4° **Grupo:** “B”

Alumna(s):

Dayan Graciela Albores Ocampo

Lizbeth Anahí Ruiz Cordova

María Fernanda Hernández Jardón

Caso Clínico: Angina Estable

Ficha de identificación: Fecha: Lunes 8 de junio del 2020

Nombre: Rogelio Abarca Bermúdez **Edad:** 65 años **Sexo:** Masculino **Estado civil:** Casado

Interrogatorio:

- A) Antecedentes familiares:** Padre finado por insuficiencia cardiaca no diagnosticada, madre finada por perfil aterogénico de larga evolución, refiere hija, quien lo acompaña a cita médica.
- B) Antecedentes personales no patológicos:** Es empleado de banca, sin alergias conocidas, no presenta síntomas que indicaran insuficiencia cardiaca y negaba tener palpitaciones. Pero si presenta molestias en ambas pantorrillas cuando caminaba más de cuatro o cinco manzanas, su esposa refiere que desde hacía años, ronca y se queda dormido leyendo el periódico.
- C) Antecedentes personales patológicos:** Fumador activo de una cajetilla al día desde los 40 años antes y con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) mal controlada con tratamiento farmacológico, con dislipidemia y diabetes mellitus por lo que toma hipoglucemiantes orales.

Padecimiento Actual:

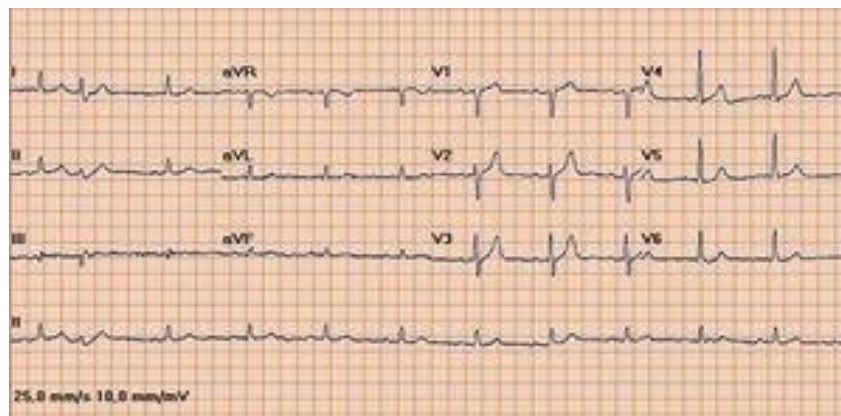
Fecha de iniciación: Hace 4 meses.

Principales síntomas de iniciación: Dolor torácico de características opresivas, irradiado al cuello, con sensación acompañante de falta de aire, y que aparecía cuando realizaba esfuerzos moderados como subir más de dos pisos de escaleras o en momentos de estrés laboral importante; que esta molestia desaparecía tras reposar unos 5 minutos, y que el nivel de esfuerzo al que se iniciaba no se había modificado.

A la exploración física se muestra a un varón de constitución pícnica, con una obesidad de predominio central: **Talla** 167cm **Peso:** 100kg **IMC:** 35,8 **Signos vitales:** PA 155/95 mmHg FC 89 lmp

La auscultación cardiaca revelo tonos apagados, rítmicos, con soplo suave en la punta, sin frémito asociado. Ambos hemitorax se expandían con normalidad y no había ruidos agregados a la auscultación respiratoria. El abdomen era globuloso y blanco al tacto, sin signos de congestión venosa en el examen físico. Los pulsos se palpaban con normalidad y eran simétricos, salvo el pulso pedio en ambos lados, débil.

En la misma consulta se realizó un electrocardiograma (ECG), que se muestra un ritmo sinusal con una extra sístole auricular ondas Q y T aplanadas en DIII.



Con la sospecha diagnóstica de angina de primera presentación estable, y dadas su frecuencia cardiaca y sus cifras de presión arterial, se añadió ácido acetilsalicílico 100mg y bisoprolol 5mg a su tratamiento y se solicitó una prueba de esfuerzo, una analítica sanguínea completa, una radiografía y una ecocardiografía. También se solicitó valoración por neumología para el estudio de un posible síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Resultados de estudios paraclínicos:

- ✚ Ergometría positiva
- ✚ Ecocardiografía: mostró un ventrículo izquierdo (VI) de aspecto globuloso, ligeramente dilatado y con ligera hipertrofia septal.
- ✚ Se detectó una marcada hipocinesia inferior y septal basal con función sistólica reducida.
- ✚ Química sanguínea: detección de función renal anómala.
- ✚ Dislipidemia

Se inicia tratamiento a valoración por cardiología con:

Doble antiagregante con ácido acetilsalicílico y clopidogrel, bisoprolol 10mg, parche de nitratos 10mg, simvastatina 40mg, metformina 850mg y omeprazol 20mg). Dado que su frecuencia cardiaca que presenta, se añadió ranolazina, y al no estar adecuadamente controlada la presión arterial y las glucemias, se añadió ramipril y se intensificó el tratamiento hipoglucemiante.