



**Nombre del alumno: Jacqueline
Domínguez Arellano**

**Nombre del profesor: Dra. Claudia
Guadalupe Figueroa López**

Nombre del trabajo: caso clínico 3

Materia: Fisiopatología I

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 2º

Presentación del caso

Masculino de 60 años, remitido a la consulta externa de cardiología por el médico familiar por dolor torácico al caminar desde hace medio año, es empleado de mostrador, sin alergias conocidas, fumador activo de una cajetilla al día desde 40 años antes y con antecedente de hipertensión arterial (HTA) mal controlada con tratamiento farmacológico. También sufre dislipidemia y diabetes mellitus (DM), para la que toma hipoglucemiantes orales. No refiere otros antecedentes de interés y niega antecedentes familiares de cardiopatía. Su tratamiento habitual es amlodipino 5mg, simvastatina 40mg y metformina 850mg.

Durante el interrogatorio, el paciente explicó que, desde aproximadamente 4 meses antes, tenía 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 5min, y que el nivel de esfuerzo al que se iniciaba no se había modificado. No presentaba síntomas que indicaran insuficiencia cardiaca y negaba tener palpitations. En cambio, sí tenía molestias en ambas pantorrillas cuando caminaba más de cuatro o cinco manzanas, y su mujer explicó que, desde hacía años, ronca y se queda dormido leyendo el periódico.

La exploración física muestra a masculino de constitución pícnica, con una obesidad de predominio central (talla, 167cm; peso, 100kg; índice de masa corporal=35,8). Su presión arterial era de 155/95mmHg y la frecuencia cardiaca, 89 lpm.

1.- ¿Cuál es su impresión diagnóstica? Infarto de miocardio con elevación del segmento ST, conocido comúnmente como *ataque cardiaco*.

2.- Justifique su respuesta

Debido a la sintomatología que presenta el paciente me inclino por dicha patología, ya que presenta dolor torácico con irradiación al cuello, sufre de dislipidemia (es un trastorno cuantitativo o cualitativo de los lípidos y lipoproteínas en la sangre.), presenta además mareos. Esta patología se presenta en una gran parte de la población, a decir verdad, es la causa número uno en muertes en el mundo lo cual presenta ser un enorme problema para la salud pública. Además de presentar muchos de los síntomas de mencionada patología presenta muchos de los factores de riesgo. De acuerdo con un estudio de casos y controles desarrollado en 52 países (INTERHEART), nueve factores de riesgo, fácilmente mensurables y modificables, dieron cuenta de más del 90% del riesgo de un IAM inicial y se resumen en: tabaquismo, niveles elevados de lípidos séricos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad mórbida, sedentarismo, bajo consumo diario de frutas y vegetales, consumo problemático de alcohol e índice psicosocial. Hasta lo que se sabe del paciente es que es fumador, llegó a presentar hipertensión arterial (HTA) mal controlada, sufre de dislipidemia, presenta diabetes mellitus y es obeso. Pero para dar un diagnóstico y tratamiento oportuno es necesario realizar diversas pruebas que corroboren y descarten un ataque cardiaco como lo son el electrocardiograma (ECG) mide y registra la actividad eléctrica del corazón; biomarcadores séricos que mide niveles elevados de lesión cardíaca en sangre y orina puede ayudar a predecir el infarto en pacientes con dolor torácico importante. Algunos de estos factores incluyen a los siguientes:

Troponinas. Las enzimas llamadas Troponina I y troponina T se liberan cuando se lesiona el músculo cardíaco. Ambas son la mejor prueba diagnóstica que indica un infarto de miocardio. Creatin quinasa (CK-MB). Las CK-MB han sido el marcador standard, pero no el más preciso ya que sus niveles elevados pueden aparecer en personas sin daño cardíaco. Ciertas formas de CK-MB puede mejorar la especificidad de esta prueba en la lesión cardíaca. Mioglobina. La mioglobina es una proteína que se encuentra en el músculo cardíaco. Se libera precozmente en el corazón dañado y puede ser útil en combinación con las CK-MB y las troponinas. Fibrinógeno. El fibrinógeno es una proteína involucrada en la coagulación sanguínea. Proteína C reactiva. La proteína C reactiva es un producto del proceso inflamatorio. Los marcadores que muestran una respuesta inflamatoria intensa en pacientes con angina inestable pueden ser importantes indicadores para realizar un tratamiento agresivo.; La angiografía (es una prueba invasiva que pueden realizarse en los pacientes que tienen una angina muy incapacitante y que no responde a tratamiento médico); Técnicas de imagen como Ecocardiograma (son útiles en los pacientes con sospecha de infarto de miocardio; es particularmente importante en el diagnóstico de la lesión del músculo cardíaco y la insuficiencia cardíaca congestiva.) y Resonancia magnética. Es de suma importancia practicar las pruebas diagnósticas ya que estas nos permiten estar seguros de que el paciente presenta esta patología, ya que muchas veces se puede confundir esta patología, esto debido a que el dolor presentado es referido, lo que puede llevar a complicaciones graves o llevar a la muerte por falta de un tratamiento adecuado.

Bibliografía

Gossman, s., & Porth, C. M. (2014). Porth fisiopatología alteraciones de la salud. Conceptos básicos 9a. edición . wolters Kluwer .