



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del alumno: Dara Pamela
Muñoz Martínez**

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

Nombre del trabajo: Caso clínico 3

Materia: Fisiopatología

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Segundo Semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 4 de enero del 2021

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 5 mg, simvastatina 40 mg y metformina 850 mg.

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 5 min, y que el nivel de esfuerzo al que se iniciaba no se había modificado. No presentaba síntomas que indicaran insuficiencia cardíaca y negaba tener palpitaciones. 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 cardíaca, 89 lpm.

1.- ¿Cuál es su impresión diagnóstica? Angina estable

2.- Justifique su respuesta La angina estable crónica se produce por obstrucción coronaria fija que causa disparidad entre el flujo sanguíneo coronario y las demandas metabólicas del miocardio. La angina estable es la manifestación inicial de la cardiopatía isquémica en casi la mitad de las personas con EAC. Aunque la mayoría de los pacientes con angina estable tienen cardiopatía aterosclerótica, la angina no se desarrolla en un número considerable de personas con aterosclerosis coronaria avanzada. Es probable que esto se deba a su estilo de vida sedentario, al desarrollo de circulación colateral adecuada o a la incapacidad de estas personas para percibir el dolor. En muchos casos, el infarto de miocardio ocurre sin antecedente de angina. Por lo general, la angina de pecho se desencadena por situaciones que aumentan la demanda de trabajo cardíaco, como el esfuerzo físico, exposición al frío y estrés emocional. El dolor casi siempre se describe como una sensación

constrictiva, de compresión o sofocante. Por lo general, permanece estable, sólo aumenta de intensidad al principio y al final del ataque. El dolor de la angina a menudo se localiza en la región precordial o retroesternal; es similar al del infarto de miocardio en que puede irradiarse al hombro izquierdo, mandíbula, brazo y otras áreas del pecho. La angina a menudo se clasifica con base en su aparición con el ejercicio, en reposo, si es de inicio reciente o si tiene intensidad creciente. Por lo general, la angina estable crónica se desencadena con el esfuerzo o el estrés emocional y se alivia en minutos con el reposo o el consumo de nitroglicerina. Un retraso mayor de 5 min al 10 min antes de obtener alivio sugiere que los síntomas no se deben a la isquemia o que se trata de isquemia grave. La angina que se manifiesta en reposo, que es de nuevo inicio o que se agrava en intensidad o duración indica un mayor riesgo de infarto de miocardio y debe valorarse de inmediato con los criterios para el SCA.