



**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 de caso***

Mujer de 55 años, hipertensa, diabética, exfumadora y obesa como factores de riesgo, que acudió a urgencias por dolor torácico, llevaba una vida y una actividad adecuada para su edad y no tenía antecedentes cardiovasculares.

Años atrás había sido diagnosticada de un hipotiroidismo y era posmenopáusica, sin tratamiento hormonal. Como antecedente de interés, presentó diagnóstico de anemia grave.

La paciente refería historia de unos 2 meses de evolución de dolor torácico de esfuerzo irradiado a espalda, que cedía en reposo. El umbral del dolor fue acortándose progresivamente.

Sin embargo comenzó a presentar palpitaciones una hora antes de su ingreso al cual se agrega dolor retro esternal opresivo 5/10 mientras estaba en reposo en su casa con una duración aproximada de 35 minutos, dicho dolor retro esternal se irradia hacia ambos brazos, así como también a la región cervical y epigástrica, presentando también piel pálida, fría y húmeda, por lo que la paciente se automedica con nitroglicerina sin embargo el dolor no cede, por lo que acudió a su centro de salud, donde se la envió finalmente al servicio de urgencias del Hospital

Examen físico: Frecuencia cardiaca 117 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm. Presión arterial 160/80 mmHg. Se manda a realizar rápidamente un ECG así como también marcadores cardiacos los cuales salieron positivos.

1.- ¿Cuál es su impresión diagnóstica? **síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, específicamente angina inestable/ infarto de miocardio sin elevación del segmento ST**

2.- Justifique su respuesta

Como se menciona en la presentación del caso clínico tiene factores de riesgo que exponen a la paciente a presentar esta patología, entre los factores de riesgo se encuentran que es hipertensa, diabética, contaba con el hábito de fumar, obesa, es una mujer posmenopáusica y su edad. Además, me inclino por esta patología debido a la sintomatología que presenta. La aparición de IMNEST casi siempre es repentina y el síntoma principal es el dolor. El dolor suele ser intenso y apretado, y generalmente se describe como aplastamiento, asfixia o "como si tuviera algo en el pecho". Suele ser el hueso posterior del esternón que se irradia al brazo, cuello o mentón izquierdos, aunque también puede aparecer en otras partes del pecho. A diferencia de la angina de pecho, el dolor por IMNEST dura más y no puede aliviarse con reposo o nitroglicerina.

Generalmente se requieren narcóticos. Algunas personas lo describen no como dolor, sino como "molestia". Las mujeres a menudo experimentan molestias torácicas isquémicas atípicas, mientras que las personas mayores se quejan de dificultad para respirar más que de dolor en el pecho.

Las enfermedades gastrointestinales son muy frecuentes. Puede haber dolor en la parte superior del abdomen (epigastrio); pueden aparecer náuseas y vómitos. Se cree que estos síntomas están relacionados con el dolor y la intensidad de la estimulación del nervio vago. El malestar en la parte superior del abdomen se puede confundir con

indigestión, y la persona puede buscar alivio con antiácidos u otros remedios caseros, que solo retrasarán el tratamiento. Quejas frecuentes de fatiga y debilidad, especialmente en brazos y piernas. La combinación de dolor y estimulación del nervio simpático puede causar latidos cardíacos rápidos (taquicardia), ansiedad, inquietud y dolor inminente. A veces, la tos se acompaña de una tos rosada espumosa. La piel suele estar pálida, fría y húmeda. La disfunción miocárdica puede provocar hipotensión y shock.

La muerte súbita causada por IMNEST ocurre dentro de una hora después del inicio de los síntomas. Casi siempre se debe a una arritmia fatal, que puede ocurrir sin signos de infarto. La hospitalización lo antes posible tras la aparición de los síntomas aumenta enormemente la posibilidad de evitar la muerte súbita, ya que en caso de arritmia ventricular se puede realizar una reanimación adecuada.

Dado que a menudo es difícil determinar el diagnóstico específico de IMNEST al ingreso, el tratamiento inmediato de IA / IMNEST y IMNEST es casi siempre el mismo. El pronóstico de IMNEST depende en gran medida del desarrollo de dos complicaciones: arritmia y complicaciones mecánicas (falla de la bomba). La mayoría de las muertes por IMNEST se deben al desarrollo repentino de arritmias ventriculares. Por lo tanto, el contenido principal del tratamiento del IMNEST incluye:

- Reconocer los síntomas y buscar servicios médicos de manera temprana.
- Despliegue rápido de equipos médicos de emergencia capaces de realizar procedimientos de reanimación (incluida la desfibrilación).
- Acelerar el transporte a hospitales preparados para tratar arritmias y soporte vital avanzado del corazón.
- Acelere la implementación de la terapia de reperfusión en 60 minutos a 90 minutos.

A pesar de la información disponible públicamente sobre los beneficios del tratamiento temprano, las personas con IMNEST a menudo retrasan el tratamiento. Las personas que retrasan la búsqueda de tratamiento hospitalario incluyen ancianos, mujeres, personas de raza negra, personas de bajo nivel socioeconómico, personas con antecedentes de angina de pecho o diabetes y personas que consultan a familiares o médicos.

## Bibliografía

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