



**Nombre del alumno: Jacqueline  
Domínguez Arellano**

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

**Nombre del trabajo: caso clínico 2**

**Materia: Fisiopatología I**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 2º**

## **Presentación del caso:**

Juan Ángel es un paciente de 51 años, soltero vive con su hermana y su cuñado; tiene una hija viviendo en Estados Unidos. Está desocupado. El día 5 de octubre de 2019 acude su hermana al centro de salud solicitando una visita domiciliaria para Juan debido a que lo ve muy débil. El día anterior un servicio de emergencia domiciliaria constató cifras de Tensión Arterial (TA) elevadas (200/120 mmHg) y fue medicado con diurético. Se halló diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA) hace 7 años medicado con Enalapril 20 mg/día, Hidroclorotiazida (HCT) 50 mg/día; Diabetes Mellitus (DM) del mismo tiempo de diagnóstico medicado con Metformina 1 gr /día. Además: ácido acetilsalicílico (AAS) 250 mg/día, y analgésicos (paracetamol) según necesidad. Cursó internación por lesiones de pie diabético en julio del 2019 con amputación de 1º dedo del pie derecho por lesión de grado 4-5. Presenta diagnóstico también de hipertrofia leve de ventrículo derecho.

## **Evaluación semiológica en domicilio:**

Paciente en cama, refiere cefalea de 24 hs de evolución intensa y generalizada, y dificultad para la deambulación con imposibilidad para la bipedestación. Refiere además haber padecido episodio de dificultad para hablar hace 5 días atrás, acompañado de desviación de comisura labial (no logra recordar exactamente qué lado) de menos de 24 hs de evolución. Niega registros febriles, náuseas, vómitos.

Examen Físico: orientado en tiempo y espacio, TA: 180/90 mmHg, FC: 100 l/m, Tº: 36,5 °C, pupila derecha hiporreactiva. Paresia en miembro inferior derecho. Se descarta hipoglucemia ya que se realizó Test rápido de glicemia capilar. Se decide internación del paciente con derivación a hospital de 3er nivel de atención en ambulancia de alta complejidad.

### **1.- ¿Cuál es su impresión diagnóstica?**

De acuerdo a su sintomatología me inclino a una ACV hemorrágico

### **2.- Justifique su respuesta**

Debido a la sintomatología que presenta el paciente y los factores de riesgo que tiene, me puedo inclinar a esta patología, aunque es necesario realizar pruebas diagnósticas como TAC (Tomografía axial computarizada), Eco Doppler de vasos de cuello, ECG (Electrocardiograma), también se puede utilizar TC sin contraste, punción lumbar por si el TC es normal. Para identificar el aneurisma como la fuente de sangrado, se recurre a la angiografía convencional, la angiografía por resonancia magnética (ARM) y la angiografía por tomografía computarizada helicoidal (espiral) (ATC). La angiografía convencional por catéter es la herramienta diagnóstica definitiva para detectar aneurisma. La ARM no implica penetración corporal y no requiere la administración intravascular de contraste, pero es menos sensible. La ATC helicoidal no requiere medio de contraste intravenoso, pero se emplea en personas después del engrapado aneurismático, cuando la utilización de la IRM está contraindicada. A pesar de que los accidentes cerebrovasculares de tipo hemorrágico son menos frecuentes en la población, el paciente en este caso presenta factores de riesgo que son de vital importancia para presentar esta patología, entre los factores de riesgo se destacan la edad, la hipertensión, la diabetes mellitus, además de utilización de diversos fármacos, esto puede desencadenar y/o incrementar la aparición de un ACV hemorrágico. La hemorragia cerebral se presenta súbitamente, casi siempre cuando la persona está activa. Por lo

general, se presenta vómito al principio y cefalea después. Los síntomas focales dependen del vaso afectado. En la situación más frecuente, la hemorragia hacia los ganglios basales provoca hemiplejía contralateral, con flacidez inicial que progresa a espasticidad. La hemorragia y el edema resultante ejercen gran presión en la sustancia cerebral y el curso clínico progresa rápido a coma y con frecuencia a la muerte. Los signos y síntomas se dividen en dos fases: los que se presentan antes de la hemorragia y los que aparecen después del sangrado. Aproximadamente del 10% al 20% las personas con hemorragia subaracnoidea tienen antecedentes de cefaleas atípicas. Unas semanas o meses antes de que comience la hemorragia, lo que indica una pequeña fuga. Estos dolores de cabeza se caracterizan por un inicio repentino y a menudo van acompañados de náuseas, vómitos y mareo. La aparición de un aneurisma subaracnoideo roto suele indicar cefaleas. De repente y con severidad, fue descrito como "el peor dolor de cabeza de mi vida". En casos severos, los dolores de cabeza se acompañan de colapso y pérdida del conocimiento. Los vómitos suelen ser los primeros síntomas. Otras manifestaciones incluyen signos de irritación meníngea, como rigidez Nuca (rigidez en el cuello) y fotofobia (intolerancia leve a la luz); Defectos de los nervios craneales, especialmente II par craneal, a veces III y IV (diplopía y visión borrosa); síndrome de shock (déficit centrarse en el movimiento y la sensación); edema cerebral y aumento de la PIC; y disfunción pituitaria (Diabetes insípida e hiponatremia). La hipertensión es un hallazgo común y arritmias cardíacas son el resultado de la liberación de catecolaminas causada por una hemorragia subaracnoidea. Como mencionaba es necesario pruebas diagnósticas para estar seguros de que es una ACV hemorrágico y así poder dar un tratamiento oportuno.

## Bibliografía

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