



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

“”

**Materia:
Cardiología**

**Docente:
DR. Marco polo Alfonzo Rodríguez**

**Alumnos:
Diana Carolina Domínguez Abarca
Jesús Alejandro Morales Domínguez
María José Villar Calderón**

**Semestre:
4°A**

Caso clínico

Paciente masculino de 58 años de edad, presenta cefalea intensa, holocraneal de inicio de hace 20 minutos. Antecedentes diagnóstico de HAS de 2 años, tratamiento irregular (Captopril), sin control médico. Tiene un mes que no consume medicamento “porque se siente bien”

Ocupación= Comerciante Religión= Adventista Estado civil:Casado Domicilio= Porvenir, Chiapas

Niega consumo actual o previo de sustancias tóxicas

FC: 78 lpm FR:19rmp SpO2:95% PA: 160/100 mmHg BI, 170/100 BD

- Estudios:

BH Sodio= 136 EGO= Proteinuria

Hb=17.8gr/dl potasio=3.9

hto=52% Cloro=100

VCM= 90pg Mg=2.2

HbCm=32rt Calcio=98

Leucocitos: 6300c4/mm3 distribución normal

Plaquetas: 204000

PFH

Bt:0.9. ALT:25 glucosa: 101mg/dl Colesterol:300mg/dl

BI: 0.6 creatinina: 1.1 mg/dl TGL:355mg/dl

BD: 0.3. Urea: 25mg/dl. HDL: 30mg/dl

PHL: 100 LDL: 178mg/dl

AST:30. PNB:45pg EKG: Probable HVI

PRESENTACIÓN

Paciente masculino de 58 años de edad que acude a la unidad médica acompañado de un familiar por presentar cefalea intensa holocraneal con 20 minutos de evolución

Refiere antecedentes de HAS de 2 años con tratamiento irregular sin acatarse control médico, hace un mes que no consume medicamento "porque indica que se siente bien".

El paciente presenta cefalea intensa holocraneal de inicio de hace 20 minutos

EXPLORACIÓN

A la exploración física se encuentra masculino orientado en sus tres esferas.

DIAGNOSTICO

1. HAS descontrolada por pérdida de la continuidad del tratamiento
2. Crisis hipertensiva tipo urgencia por el aumento de la PA **160/100 mmHg** sin datos de daño a órgano blanco.
3. Probable HVI por un preinfarto
4. Dislipidemia mixta por el aumento de TGL, LDL y disminución del HDL
5. Probable prediabetes por aumento de la glucosa pero necesitamos más estudios para descartar o confirmar sospechas
6. Probable insuficiencia cardíaca por estudios previos en aumento de péptidos natriuréticos B
7. Probable nefropatía hipertensiva por el aumento de la PA

Estudios a solicitar

ECO- para confirmar HVI

Glucosa en ayuno- para confirmar prediabetes

Prueba de tolerancia a la glucosa- para confirmar prediabetes

Hba1c- Para confirmar prediabetes

Tratamiento inmediato:

Antihipertensivo: Captopril 25 mg VO y monitorear la PA

Tratamiento a largo plazo:

CTEV

Terapia dual:

IECA: Enalapril 10mg/ Día x 5 días (revisar evolución) Disminuye remodelamiento cardilamientoaco por los datos de la posible HVI

B-bloqueadores: Metoprolol 100 mg/día Para disminuir la contractilidad cardiaca y la FC (Dosis mínima por efecto secundario de aumentar los datos de Dislipidemia)

Antiagregante: AAS 500mg/Dia V.O. Por los datos de tener un pre-infarto tiempo atrás que sirve como un protector cardiaco

Estatinas: atorvastatina 20 mg/kg/día para disminuir LDL, TGL y aumentar el HDL.

Protector de la mucosa gástrica: Omeprazol 1 Tableta diaria

Estudios de laboratorio en 3 meses para monitorear su evolución

Monitoreo de la PA

Pronóstico de vida

Buen pronóstico para la vida si acata las recomendaciones médicas propias del paciente

Bibliografía

Carol, G. S. (2014). Porh Fisiopatologia, alteracion de la salud, conceptos basicos. Barcelona: España LWW.

CTO. (2020). Manual de CTO de Medicina y Cirugía. Madrid: CTO.

(2017) Recomendaciones en crisis y emergencia hipertensiva. En AHA Guideline for the preventivo, detection, evaluación, and management of high blood pressure in adults pg 35-36