



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Caso clínico (HTA)

Materia: Cardiología

Docente: Marco Polo Alfonzo Rodríguez

Presenta:

Raymundo López Santiago

María del pilar Álvarez Sánchez

Semestre: 5° "A"

Introducción de caso clínico.

Paciente: Benemérito resucitado López Escandón
Masculino de 58 años.

Cefalea intensa, holocraneal (inicio de 20min)

Antecedentes HAS 2 años.

No consume medicamentos (1 mes) (Captopril)

Antecedente de preinfarto

Signos vitales:

FC: 78 lpm	Temp: 36.5
FR:19 lpm	BI/BD: 170/100mmHg
SpO2: 95%	Peso: 69kg
PA: 160/100 mmHg	Talla: 1.58

Laboratoriales:

Sodio= 136
Potasio= 3.9
Cloro= 100
Mg= 2.2
Calcio= 9.8
Glucosa = 101mg/dl
Creatinina= 1.1mg/dl
Urea= 25 mg/dl
Bun= 25 mg
Ácido úrico= 6.3 mg/dl
Colesterol total= 300 mg/dl
TGL= 355 mg/dl
HDL= 30 mg/dl
LDL= 178 mg/dl
PN- B: 45pg
EGO: proteinuria

PFH:

BT: 0.9

BI:0.6

BD: 0.3

DHL: 100

BH:

Hb: 17.8

Hto: 52%

VCM: 90pg

HbCM: 32fl

AST: 30

Leucocitos: 6,300c/mm³

**ALT:25
c/mm³**

Plaquetas: 204,000

Cuestiones a responder.

Impresión diagnóstica (puede ser de certeza, probable, a descartar, etc)

Impresión Diagnóstica: Crisis hipertensiva de tipo urgencia.

Probable insuficiencia cardíaca (NYHA=1, AHA estadio B), Hipertrofia ventricular izquierda por EKG

Adjunto a: Preobesidad, prediabetes, dislipidemia mixta.

A descartar: Hipertensión renovascular

Antecedentes de Infarto

Justificación de los diagnósticos presentados.

Crisis hipertensiva de tipo urgencia: Tenemos como evidencia, la elevación marcada de la PA, junto con otros síntomas de aparición como lo es la cefalea holocraneana, y la hemos descrito de tipo urgencia, porque hasta el momento no ha comprometido el funcionamiento de algún órgano Diana.

Insuficiencia Cardíaca:

Se logra concluir que esta es provocada por la misma crisis hipertensiva, ya que la Hipertensión arterial causa una sobrecarga de presión o de volumen, lo cual afecta al corazón y para ser más específico, a los ventrículos.

Hipertrofia ventricular Izquierda:

La hipertrofia se le detectó al paciente, en el EKG

Preobesidad:

Se detectó por medio del IMC, y el valor obtenido es de 27, esto nos demuestra que el paciente se encuentra en este estado, así también agregar la prueba de circunferencia abdominal para tener un diagnóstico más acertado.

Prediabetes:

Al momento de realizarle la prueba de glucosa en ayunas, esta sale aumentada, tomando en cuenta el estilo de vida del paciente, más la dislipidemia mixta y la preobesidad son factores que ayudan a determinar este diagnóstico.

Dislipidemia mixta: Mediante los estudios de laboratorio, se corrobora el aumento de LDL en sangre, y la disminución de HDL, esta es caracterizada por la presencia conjunta de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, con elevaciones de colesterol unido a lipoproteínas de muy baja densidad (cVLDL) y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL)

Hipertensión renovascular (a descartar): se sospecha de HTA renovascular por que es una de las causas mas comunes de HTA, pero se descarta por ausencia de soplo abdominal, femoral o carotideo.

Estudios a solicitar, debe justificar apropiadamente por qué necesita uno u otro estudio.

- **Electrocardiograma.** Observar la función cardíaca y detectar arritmias, crecimientos atriales o ventriculares y conformar la posible hipertrofia ventricular izquierda.
- **Ecocardiograma transtorácico.** Determinar la evolución que ha tenido la hipertensión, además de que podremos observar el grosor de pared, crecimientos atriales/ventriculares, la fracción de eyección para finalmente generar una valoración valvular.
- **Teletorax:** Evaluar cierto tipo de cardiomegalia o alguna afección pulmonar que este desencadenando la insuficiencia.
- **BH.** Mediante el conteo podremos detectar cierto tipo de anemia en caso de hipertrofia o alguna alteración renal.
- **Química sanguínea** y electrolitos séricos para comprobar la función renal y hepática, con ello poder analizar los riesgos y evolución de la hipertensión.
- **Perfil de lípidos** confirmar los niveles de lípidos y descartar la dislipidemia.
- **Electrolitos séricos** Evaluar el ritmo cardíaco, contracción muscular, PH o la existencia de un desequilibrio de los electrolitos.
- **Pro-BNP.** En casos de elevación de la Pro-BNP nos apoya a confirma la insuficiencia cardíaca.
- **Tolerancia oral a la glucosa:** Diagnosticar con el apoyo de otros estudios que el paciente tenga diabetes, hipertensión o síndrome metabólico y a la vez evaluar el riesgo cardiovascular.
- **Laboratorios.** Podremos determinar con ellos, la cantidad de filtrado glomerular (determinar el posible daño a órgano blanco).

Tratamiento recomendado en lo inmediato y a largo plazo; justifique el porqué de su tratamiento, considere interacciones farmacológicas, considera beneficio - riesgo, así como efectos secundarios esperados.

El paciente tomaba Captopril (IECA)...

Fármacos a considerar de inmediato:

IECA (Captopril)

Se administra este fármaco para bajar la cifra de PA, y este se indica en pacientes que sufrieron anteriormente un IAM.

Así también Estatinas de alta eficacia.

Fármacos a considerar para largo plazo (Terapia dual)

IECA (Capril) + B-Bloqueador (Metoprolol)

Estatinas (atorvastatina)

Antiagregante (ASA)

Gastro-protector: Omeprazol

Indicaciones:

IECA: indicados para la HTA, y también estos sirven como un fármaco NEFROPROTECTOR

B-Bloqueadores: Indicados en la HTA, las Guías europeas lo indican.

Estatinas: Indicadas en la búsqueda de disminuir el colesterol (LDL)

Efectos secundarios:

IECA: tos irritativa, angioedema, hiperpotasemia, y puede empeorar la función renal

B-Bloqueadores: Vasoconstricción periférica, impotencia, fenómeno de Raynaud.

Estatinas: dolor muscular, y daño hepático en uso de largo plazo

Antiagregantes: dolor estomacal (malestar gastrointestinal)

Omeprazol: Nauseas, estreñimiento, vomito.

Bibliografía

Canalejo, J. (2018). *Escala NYHA*. Nueva York: NYHA.

ESC/ESH. (2018). *Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*.
España: Revista española de cardiología.

Katsung, B. (12a. edición). *Farmacología básica y clínica*. San Francisco: Mc Graw Hill.

Rozman, F. (17a. edición). *Medicina interna*. España: ELSERVIER.