



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

---

## **CASO CLÍNICO I**

---

**Docente: Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonso**

**Materia: Cardiología**

**Alumnos: Karla Guadalupe Alvarado López**

**-Lara Vega Ismael**

**-Thania Guadalupe López Guillén**

**Semestre 5to Grupo A**

**23/08/2020**

## Caso clínico 1

Llega a consulta paciente masculino de 58 años de edad, con cefalea holocraneal intensa, ésta inició hace 20 minutos, el paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial de 2 años de evolución y con un tratamiento irregular sin control médico. Comenta que tiene un mes sin consumir medicamentos debido a que se siente bien.

### Antecedentes

Es casado, de religión adventista, se dedica a ser comerciante, su domicilio se ubica en Porvenir, Chiapas, y comenta no consumir o haber consumido sustancias tóxicas.

### Interrogatorio

El paciente comenta haber tenido un preinfarto. Niega síntomas relacionados a la hipertensión arterial, situaciones de mucho estrés, pérdida de la fuerza muscular, datos de bajo gasto cardiaco (dolor anginoso, disnea o fatiga), dolor precordial, náuseas, vómito.

### Exploración física

|                        |               |                        |                                                          |
|------------------------|---------------|------------------------|----------------------------------------------------------|
| Peso: 69 kg            | Talla: 1.58 m | IMC: 27                | FC: 18 lpm                                               |
| SaO <sub>2</sub> : 95% | FR: 19 rpm    | Temperatura (°C): 36.5 | PA brazo izquierdo: 160/100<br>PA brazo derecho: 170/100 |

### Estudios paraclínicos

|                    |                                                                     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Biometría hemática |                                                                     |
| Hb: 17.8 g/dL      | HbCM: 32ft                                                          |
| HTO: 52%           | Leucocitos: 6300c <sup>7</sup> /mm <sup>3</sup> distribución normal |
| VCM: 90 pg         | Plaquetas: 204,000 c <sup>7</sup> /mm <sup>3</sup>                  |

|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| Pruebas de funcionamiento hepático |                            |
| Bilirrubina total: 0.9             | Bilirrubina indirecta: 0.6 |
| Bilirrubina directa: 0.3           | DHL: 100                   |
| AST: 30                            | ALT: 25                    |

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| Electrolitos séricos |               |
| Sodio: 136           | Potasio: 3.9  |
| Cloro: 100           | Magnesio: 2.2 |
| Calcio: 9.8          |               |

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| Otros              |                             |
| Glucosa: 101 mg/dL | Creatinina: 1.1mg/dL        |
| Urea: 25 mg/dL     | Colesterol total: 300 mg/dL |

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| Triglicéridos: 355 mg/dL | HDL: 30 mg/dL |
| LDL: 178 mg/dL           | BUN: 46 mg/dL |
| Ácido úrico: 6.3 mg/dL   | PNB: 45 pg    |
| EGO: Proteinuria +       |               |

### Diagnóstico

Prediabetes, nefropatía hipertensiva en base a los estudios paraclínicos en donde se observa el aumento de creatinina y proteinuria positiva.

Crisis hipertensiva de tipo urgencia, debido al contexto que nos hace pensar en eso. Teniendo en cuenta que según sus cifras de PA, en base a las guías; no podríamos clasificarla como tal. En base al electrocardiograma, se sospecha que el paciente tiene una hipertrofia ventricular izquierda y una probable insuficiencia cardiaca. Además, acorde a los resultados del perfil de lípidos, se considera el diagnóstico de dislipidemia mixta (>triglicéridos, >LDL. <HDL).

### Tratamiento

Cambios terapéuticos en el estilo de vida (referir a un nutriólogo), actividad física, según AHA 2020, en una semana, realizar 75 minutos de ejercicio moderado o intenso o 150 minutos de ejercicio leve.

### Hipertensión arterial → Terapia dual

-IECAS (enalapril): Fármaco que actúa sobre el SRAA, inhibiendo a la enzima convertidora de angiotensina II, lo que ocasiona un descenso en la presión arterial, este fármaco, también evita el remodelamiento cardiaco.

-B-bloqueantes: son fármacos que tienen acción en los receptores B-adrenérgicos. Genera descenso en la presión arterial, se deben monitorear los resultados del perfil de lípidos, porque fármacos como el propanolol, aumentan los triglicéridos, por lo que deben usarse con precaución en los pacientes con dislipidemias.

-Metoprolol: tabletas de 100mg, 200mg en una toma.

-Estatinas de alta eficacia (atorvastatina)

Mecanismo de acción: Antagonista competitivo reversible de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A, indicado a causa de la dislipidemia que aumenta el riesgo cardiovascular.

Dosis 10 a 20 mg/día por vía oral, dosis de mantenimiento variable de 10 a 80mg una vez/día

Fibratos (Gemfibrozil: cápsulas de 300mg)

Mecanismo de acción: Activación de PPAR- $\alpha$  (receptores activadores de la proliferación de los peroxisomas alfa), aumentando la actividad de la lipoproteína lipasa que estimula el catabolismo de VLDL y se aumenta el de LDL

Los fibratos reducen los niveles plasmáticos de los triglicéridos en 30 a 60%. lo cual incrementa la actividad de la lipoproteína lipasa que estimula el catabolismo de las VLDL y aumenta el catabolismo de las LDL.

Dosis: 600 mg/2 veces/día, recomendado 30 minutos antes de cenar y desayunar

#### Efectos secundarios

Por el tratamiento con IECA; tos seca, esto se debe a que se degrada bradiquinina, sustancia que es mediador proinflamatorio, a causa de la inhibición de la enzima convertidora de angiotensina, entonces se acumula bradiquinina en el aparato respiratorio, causando tos.

Puede haber cefalea y rubor, debido la inhibición de la síntesis de Ag II que es vasoconstrictor y a la degradación de bradiquinina que es vasodilatador, también puede haber aumento en la frecuencia cardíaca, debido a un mecanismo compensador, a causa de la disminución de la resistencia vascular periférica y de la PA.

#### Pronóstico

Bueno para la vida y para la función. El paciente debe llevar un buen control de su tratamiento, así como cambios en su estilo de vida, para evitar el aumento de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal crónica, EVC, el aumento de la hipertrofia ventricular izquierda, afecciones como disfunción diastólica o sistólica.

#### Bibliografía

Consejo de salubridad general. (s.f.). *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales*. Obtenido de Gobierno Federal: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/238\\_IMSS\\_09\\_Hipertension\\_Arterial\\_adultoM/GRR\\_IMSS\\_238\\_09.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/238_IMSS_09_Hipertension_Arterial_adultoM/GRR_IMSS_238_09.pdf)

Grosman, S., & Porth, C. M. (2014). *Porth Fisiopatología Alteraciones de la salud. Conceptos Básicos*. Barcelona: Wolters Kluwer.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención*. Obtenido de IMSS: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP\\_HipertArterialINA/HIPERTENSION\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP_HipertArterialINA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf)

Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J., Fauci, A. S., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2016). *Harrison Principios de Medicina Interna Volumen 2*. McGrawHill Education.

Mitchel, P., & Chéry, A. (2013). *Manual de farmacología básica y clínica*. Ciudad de México: McGrawHill.

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., . . . Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 1334-1357.