

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

CARDIOLOGÍA

23/08/2020

DR. MARCO POLO RODRÍGUEZ ALFONZO

Presenta:

- **ROMINA CORONADO ARGUELLO**



CASO CLINICO

Nombre: Mario Alberto Torres López

Edad: 58 años

sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Localidad: El Porvenir, Chiapas.

Ocupación: Comerciante

Religión: Adventista

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Hipertensión arterial sistémica de dos años de evolución, mal apego al tratamiento y mal control.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Es llevado a urgencias acompañado de familiar, refiere iniciar hace 20 minutos con cefalea holocraneal, con mayor intensidad a nivel occipital.

Última ingesta de antihipertensivo hace un mes, sólo la toma cuando siente que se le sube la presión.

TOMA DE SIGNOS VITALES:

FC: 78 Imp **FR:** 19 rpm **Temperatura:** 36.8 °C

SpO2: 95%

PA: BD: 170/100 mmHg **BI:** 160/100 mmHg

Peso: 69 kg **Talla:** 1.58 m

INTERROGATORIO:

Refiere que es la primera vez con ese tipo de dolor de cabeza.

Refiere 5 en escala de dolor.

Niega náuseas, acúfenos y fosfenos.

Niega diplopía.

No tomó nada.

De inicio súbito.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Crisis hipertensiva de tipo urgencia: De acuerdo con las guías de práctica clínica se considera una crisis hipertensiva de tipo urgencia cuando la presión sistólica, es > 180 mmHg o/y > 120 mmHg,

HAS descontrolada: Por mal apego al tratamiento.

Preobesidad: De acuerdo a su IMC de 27.63 al paciente se le clasifica como preobeso.

Probable prediabetes: De acuerdo a la ADA, el paciente se encuentra en la clasificación de prediabetes debido al peso, talla y el sedentarismo y por tener una glucosa en 101 mg/dl. (Está por arriba de los valores normales).

Probable dislipidemia mixta poligénica: Esto es por altos valores en triglicéridos y colesterol ya que de acuerdo a los valores obtenidos en el paciente presenta:

Colesterol total de: 316 mg/dl, HDL: 29 mg/dl, LDL: 177 mg/dl, TGL: 356 mg/dl, se considera mixta por valores altos de triglicéridos y colesterol.

Probable IC: De acuerdo a la AHA el paciente se encuentra en estadio B que significa presencia de cardiopatía pero sin presencia de daño estructural y NYHA clase I. Esto es debido por la hipertensión arterial mal controlada lo que hace que aumente la precarga y genera remodelado cardiaco causando una hipertrofia excéntrica

Descartar nefropatía hipertensiva: Tiene datos de proteinuria,

ESTUDIOS A SOLICITAR:

Química sanguínea de 5 elementos: Esto para descartar la probable nefropatía con los datos de creatinina, urea y ácido úrico y descartar hiperglucemia.

EGO: Para observar la función renal y poder detectar la presencia de proteína y glucosa en orina.

Perfil de lípidos: Evaluar el riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria.

Electrolitos séricos: Para seguir problemas relacionados con niveles anormales de potasio como enfermedad de los riñones, presión arterial alta y enfermedades del corazón.

EKG: Desviación del eje a la izquierda con datos sugerentes de sobrecarga ventricular izquierda. Probable hipertrofia ventricular izquierda.

Tele de tórax: Para probale cardiomegalia por el aumento de la precarga producida por la hipertensión no controlada.

TRATAMIENTO:

Inmediato: Captopril vía oral: 100 mg/dosis máxima repetir cada 30 minutos con monitoreo de la presión arterial hasta la disminución del 20% de la presión inicial. Este medicamento es indicado ya que se encuentran beneficios al paciente para restablecer la presión arterial y disminuir las cifras altas que demostró de acuerdo a los datos obtenidos.

A largo plazo: CTEV, de acuerdo al sedentarismo y al peso obtenido, debe realizar ejercicio aeróbico.

Por las altas cifras en la presión arterial, realizar una dieta DASH, debido a que tiende a disminuir la PA sin necesidad de medicamentos.

IECA: captopril (25-50 mg/día en 2 tomas) o enalapril (5-20 mg/día): para la supresión del sistema renina angiotensina uno de los mecanismos causantes del aumento de la presión arterial.

Efectos adversos: Trastornos del sueño; alteración del gusto; mareos; tos seca, irritativa; disnea; náuseas; vómitos; irritación gástrica; dolor abdominal; diarrea; estreñimiento; sequedad de boca; prurito (con o sin erupción cutánea); erupción cutánea y alopecia

Beta bloqueadores: metoprolol (50-100 mg cada 12h.) o atenolol (50-100 mg): el tratamiento con un betabloqueador se efectiva para prevenir desenlaces coronarios, falla ventricular y para reducir la hipertrofia ventricular derecha, además como tratamiento secundario de la insuficiencia cardiaca. Atenolol porque tiene menos efectos adversos.

Efectos adversos: Bradicardia, hipotensión postural, manos y pies fríos, palpitaciones; cansancio, cefaleas; náuseas, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento; disnea de esfuerzo

PRONÓSTICO

Pronóstico bueno para la vida y para la función con el adecuado seguimiento del tratamiento y los cambios terapéuticos en el estilo de vida rigurosos.

BIBLIOGRAFÍA:

Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

Romero, F. L., Alonso, V. B., Arcos, F. S., Peralta, L. P., Fernández, J. M. C., Abadal, L. T., ... & Juanatey, J. R. G. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 53(1), 66-90.

Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., ... & Matthews, D. R. (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Spectrum*, 25(3), 154-171.

Florez, J. (2014). *Farmacología Humana*. Elsevier. 6ta edición Barcelona, España.