



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Caso Clínico”

Docente: Marco Polo Rodríguez Alfonzo

Materia: Cardiología

Grado: 5° **Grupo:** “B”

Alumna: Lizbeth Anahí Ruiz Córdova

Comitán, Chiapas, 23-agosto-2020

Caso Clínico

Masculino de 58 años de edad, domicilio Porvenir Chiapas, ocupación comerciante, religion adventista, niega alergias.

Antecedentes: HAS de 2 años de evolución, mal apego al tratamiento, mal control.

Acude a urgencias acompañado de familiar, refiere iniciar hace 20min con cefalea holocraneal, con mayor intensidad a nivel occipital. Última ingesta de antidepresivos hace un mes solo la toma cuando siente que "se le subió la presión". Hace dos años tuvo un preinfarto.

Signos vitales: F.C 78lpm, TEM. 36.8°C, P.A 170/100mmHg, BI 160/100mmHg F.R 19rpm, SpO2 95%, Peso 69kg, Talla 1.58m.

Inspección General: Aspecto general, marcha, postura, facies, colaboración de tegumentos.

Estudios Solicitados:

BH: Hb 13.7, Hto 40%, VCM 90lt. HbCm31pg.

Leucocitos: 6,300c/mm³

Plaquetas: 293,000cmm³

QS: Glucosa 101mg/dl, Urea 22mg/dl, Creatinina 1.1mg/dl Ac. Úrico 5.2mg/dl, BUN 40mg/dl

Perfil de lípidos: Colesterol total 316 mg/dl, HDL 29 mg/dl LDL 177mg/dl.

Electrolitos séricos: Sodio 137mg/dl, Potasio 3.8mg/dl, Calcio 9.1 mg/dl, Cloro 101mg/dl.

EGO: Proteinuria +

EKG: Desviación del eje a la izquierda. Con datos sugerentes de sobrecarga ventricular izquierda. Pble = HVI

Filtración glomerular: 71.4 (poca ingesta de agua, o consumo de mucha carne)

Justificación de los estudios solicitados:

Biometría hemática

La valoración del examen hematológico con la determinación de hematocrito, hemoglobina y recuento de glóbulos

blancos permite establecer la salud global del paciente y detectar la existencia de policitemia, que puede determinar cambios en el tratamiento inicial del paciente, o

la presencia de anemia, que puede ser signo de deterioro de la función renal. El aumento de los glóbulos blancos puede estar asociado a fenómenos inflamatorios agudos o crónicos.

Glucemia – Test de tolerancia oral a la glucosa

Por ser la diabetes y el síndrome metabólico factores principales de riesgo cardiovascular, la medición de la glucosa adquiere un rol importante en la evaluación del paciente hipertenso.

Calcio

La frecuencia de hiperparatiroidismo primario está aumentada en la población hipertensa con respecto a la población

general, lo que hace importante conocer los niveles de calcio sérico. Por otra parte, la presencia de valores elevados de calcio puede condicionar la decisión sobre el uso de diuréticos tiazídicos como tratamiento inicial de la HTA, ya que estos disminuyen la excreción urinaria de calcio.

Potasio sérico

Los niveles séricos disminuidos de potasio sin causa que lo justifique permiten sospechar la presencia de hiperaldoosteronismo primario. En esta circunstancia, el estudio puede completarse midiendo los niveles de Actividad Plasmática de Renina y Aldosterona sérica y/o excreción urinaria de Aldosterona de 24 horas.

Colesterol total – LDL colesterol – HDL colesterol - Triglicéridos

En lo que se refiere al estudio del perfil lipídico es importante conocer si los niveles de colesterol total y LDL están aumentados ya que los estudios observacionales han demostrado una correlación positiva con el riesgo de enfermedad coronaria. Por otra parte, los niveles de HDL colesterol se correlacionan inversamente con el riesgo de enfermedad coronaria debido a una aterosclerosis. Además, los triglicéridos aumentados y HDL colesterol disminuido forman parte de los criterios para definir síndrome metabólico. El conocimiento de los niveles lipídicos y de la glucosa pueden condicionar la elección de fármacos para el inicio del tratamiento de la HTA.

Acido úrico

El aumento de ácido úrico es un marcador de aumento de la resistencia renal, y sus niveles pueden condicionar el tratamiento con diuréticos. En la embarazada hipertensa los niveles elevados de ácido úrico son un marcador de riesgo de desarrollo de eclampsia. Los niveles de ácido úrico están aumentados en el síndrome metabólico.

Urea – Creatinina – Filtrado Glomerular estimado

Los resultados de estudios recientes reportados en la literatura demuestran que la función renal es un predictor independiente de la mortalidad cardiovascular en poblaciones de alto riesgo, como son los pacientes con enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular, diabetes e HTA. En la práctica clínica se evalúa la función renal a través de la urea y la creatinina. La determinación de la urea presenta variaciones dependientes de la ingesta proteica y del estado de hidratación del paciente, con lo cual su capacidad para establecer daño renal es inferior a la creatinina.

Recientemente, se ha postulado que la valoración sérica de Cistatina C presenta ventajas comparada con la creatinina para la valoración del filtrado glomerular ya que los niveles de esta no están influenciados por la raza y la masa muscular y es mejor predictor de enfermedad cardiovascular y mortalidad.

IDX:

HAS descontrolada:

Elevación sostenida de las cifras de presión arterial por arriba de los niveles considerados como normales. Por lo tanto el paciente obtiene como primer cifra a la toma de la presión arterial se pudo observar la elevación de esta.

Observando los estadios que las diferentes guías manejan

Categoría	Cifras de presión arterial (mmHg)
Normal	< 120/80
Elevada	120-129/< 80
Hipertensión estadio 1	130-139/80-89
Hipertensión estadio 2	≥ 140/90

Pbl crisis hipertensiva (tipo urgencia)

Crisis hipertensiva (CH) como aquella elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede producir lesiones en órganos diana. Arbitrariamente se han establecido cifras de PA sistólica ≥ 180-210 mmHg y PA diastólica ≥ 110-120 mmHg.

TABLA 1

Definición de crisis hipertensiva según distintas guías de consenso

Guía Europea de las Sociedades de Hipertensión Arterial y Cardiología	≥ 180/120 mmHg
Societat Catalana d'Hipertensió Arterial	≥ 190/110 mmHg
Sociedad Española de Hipertensión Arterial	≥ 210/120 mmHg

Preobesidad

Considerando el peso y talla del paciente así como los resultados de las diferentes pruebas el paciente se encuentra considerado dentro de una preobesidad chocando los estadios que existen.

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	AUMENTO MUY SEVERO

Dislipidemia mixta pble. Poligenica

La dislipidemia aumenta las probabilidades de arterias obstruidas (aterosclerosis), infartos, derrames cerebrales y otras complicaciones del sistema circulatorio, especialmente en los fumadores. En los adultos, suele estar relacionada con la obesidad, una dieta poco saludable y la falta de ejercicio.

La dislipidemia generalmente no presenta síntomas.

Una dieta saludable, ejercicio y fármacos reductores de lípidos pueden ser útiles para prevenir complicaciones.

Pbl pre-diebetes

Prueba de glucosa en sangre: Esta prueba es muy segura se realiza en la mañana y en ayuno. La pre-diabetes se diagnostica cuando los niveles de glucosa en ayuno están entre 100 y 125 mg/dl. Una glucosa en sangre en ayuno de 126 mg/dl o más alta podría ser indicio de diabetes

El paciente se presenta con mal manejo de glucosa.

Pbl insuficiencia cardiaca

Según la el paciente se encuentra en estadio B (AHA)

Sx metabólico

Consecuencia de la elevación de la presión arterial y mal manejo de esta, mal manejo de la glucosa y el pequeño aumento de triglicéridos es considerado el sx metabólico en nuestro paciente.

TX:

Cambios terapeuticos y rigurosos en el estilo de vida

Tratamiento inicial: Captopril - En hipertensión, 25 a 50 mg vía oral 2 o 3 veces al día, según la respuesta que se obtenga. Según la guía de práctica clínica nos menciona que es el principal fármaco a administrar en una crisis hipertensiva, vía oral o sublingual.

B-Bloqueador METOPROLOL: dosis usual diaria de 100 mg administrados vía oral en una sola dosis principalente hipertensión, para mantener control satisfactorio de la presión arterial, este además administrado por el riesgo del infarto, anteriormente.

IECA Enalapril: Se sugiere iniciar con 5 o 10 mg una vez al día hasta lograr la dosis de mantenimiento, que puede ser hasta 40 mg/día. Este IECA no tiene interacción alguna con los demás fármacos administrados. Y estudios clínicos demuestran ser menos agresivos con la disminución de signos y síntomas.

Atorvastatina: dosis inicial de 10 a 20 mg una vez al día, para prevenir formación de una placa de ateroma y no complicar los síntomas y la patología como tal.

Se sugiere intervención de nutriólogo.

Pronostico bueno para la vida y la funcion siguiendo el tratamineto establecido y los cambios rigurosos en su estilo de vida.

Bibliografía:

PLMmedicamentos (aplicación)

Guia de practica clinica crisis hipertensivas, publicado por CENETEC EL 21 DE MARZO DEL 2013
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/155_SSA_08_Crisis_hipertensivas/EyR_SSA_155_08.pdf

Gimenez I. (2018).El laboratorio en la hipertension arterial.National Heart.
<http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.074.pdf>

Delgado M. (2018). Manejo de crisis hipertensivas. Elsevier. Recuperado de
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-manejo-crisis-hipertensivas-13045397>

