



**Alumnos:**

**Leo Dan De Jesús Márquez Albores**

**Irvin Uriel Solís Pineda**

**Carlos Alexis Espinosa Utrilla**

**Jennifer Larissa López Sánchez**

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

**Nombre del trabajo: Caso Clínico**

**Materia: Fisiopatología III**

**Semestre 4 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de marzo del 2021**

Masculino de 48 años de edad, traído a urgencias de Hospital Margaritas por familiares, se refiere inicio de molestia precordial de 3 horas de evolución (desde que se levantó) que ha ido incrementando de manera importante además de irradiación de la molestia a cara cubital de miembro superior izquierdo, náuseas sin vómito, nerviosismo, disnea, fatiga, debilidad, ocasionalmente ha tenido períodos de estupor que duran minutos y posterior recuperación.

**SV: PA= 90/50 mmHg, FC: 64 lpm, FR: 28 rpm, Temp: 36.1°C, SpO2= 88% (aire ambiente)**

Se encuentra con palidez generalizada, diaforético, facies de angustia y dolor, inquieto, frialdad tegumentaria; neurológico Glasgow 15/15, funciones mental es superiores íntegras sin otros datos de importancia; cardiovascular con pulsos disminuidos en amplitud, ingurgitación yugular moderada (incrementa en inspiración), signo de Kussmaul positivo, ruidos cardíacos ligeramente disminuidos sin agregados en estos momentos, llenado capilar ligeramente prolongado; ventilatorio con taquipnea, no hay cianosis, CsPs limpios con murmullo vesicular presente; resto de exploración sin datos de importancia.

Antecedentes de importancia:

- HAS de 7 años de evolución con mal apego al tratamiento (solo toma el antihipertensivo si se siente mal)
- Obesidad grado II sin control
- Diagnóstico de prediabetes de 2 años sin seguimiento.
- Tabaquismo activo (media cajetilla diaria), sedentario.
- Ocupación: Gerente de sucursal bancaria.

Con lo anterior, responda:

**\* DIAGNÓSTICO CLÍNICO (justificar)**

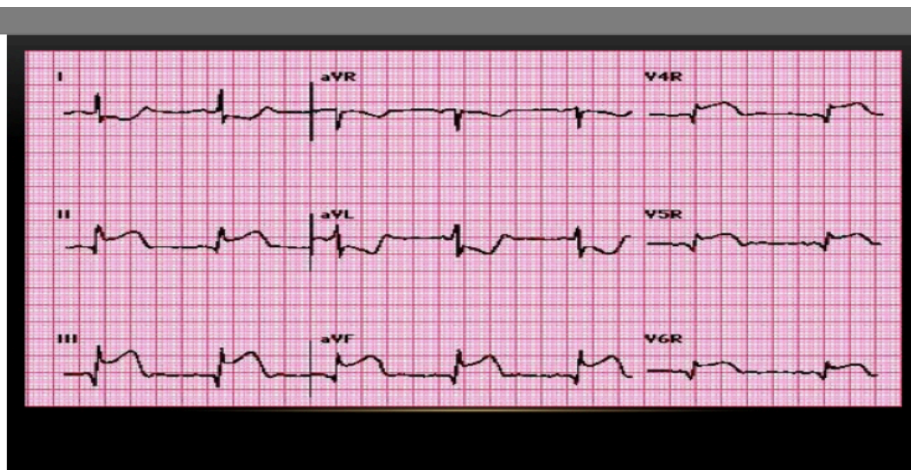
- Dx Probable Infarto agudo de miocardio

Justificación:

- Primeramente nos fijamos en los antecedentes personales patológicos ya que el paciente presenta HAS, obesidad, además de un sedentarismo por su

empleo que eso conlleva a un síndrome metabólico que compromete el riesgo de padecer enfermedades cardíacas,

- Otro factor que nos hace pensar en ese diagnóstico es dolor precordial que irradia al brazo y ante brazo, además de síncope vagar que presenta (por signos de diaforesis, angustia, náuseas y vomito)
- Signos de bajo gasto: que se manifiesta por la presencia de palidez, diaforesis, frialdad tegumentaria, disnea y de saturación.
- **DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO (justificar)**



- Elevación del segmento ST

#### Justificación:

Ya que se encuentra caracterizado por la elevación del segmento ST, en cara lateral (AVL, V4-V6) e inferior (II, III, avF) y de acuerdo con nuestra investigación está acompañado del signo de la bandera que está ligado al IAM extenso con elevación del segmento ST.

#### \* EXPLICACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS

- Se da a través de la presencia de una placa de ateroma que se presentan en las arterias coronarias, donde existe una disminución de la luz vascular donde se rompe o se ulcera y genera un **trombo intraluminal** que puede ser más o menos obstructivo y más o menos estable. Además sensación de muerte
- El tiempo es un factor de importancia crucial en la producción de la necrosis. Si el miocardio queda sin riego durante un periodo de tiempo breve, no se producen consecuencias irreversibles; pero si la isquemia se prolonga, el

aporte insuficiente de oxígeno no es capaz ni de mantener la viabilidad de la zona y el miocardio se necrosa.

### **ESTUDIOS PARACLÍNICOS A SOLICITAR (JUSTIFICAR)**

- Solicitar examen que mide los niveles de las proteínas troponina T y troponina I: para valorar en nivel de daño del miocardio, ya que estas proteínas se secretan cuando el miocardio se daña, y cuanto más daño se produzca en el corazón, mayor será la cantidad de troponina T e I que habrá en la sangre.
- Solicitar niveles enzimáticos de CK-MB: nos ayudara a detectar el daño miocárdico ya que son enzimas que se encuentran principalmente en las células musculares cardiacas, si el aumento es atribuible a lesión cardíaca
- Solicitar un ECG: para determinar la arteria culpable del infarto a si como estimar la cantidad de tejido en riesgo.
- Solicitar una gasometría arterial: ya que el paciente se encuentra hipoxémico, esta prueba nos ayudara a valorar la severidad del intercambio gaseoso,
- Solicitar radiografía de tórax: para determinar o valorar Cardiomegalia, derrame pleural o datos sugestivos de TEP (tromboembolia pulmonar)
- Solicitar biometría hemática: Para valorar el nivel plaquetario (aunque esta prueba no aporta mucho)

### **\* MEDIDAS TERAPÉUTICAS RECOMENDADAS (JUSTIFICAR INDICACIÓN O CONTRAINDICACIÓN):**

#### **Medidas no farmacológicas:**

- Cambios en el estilo de vida
- Dieta balanceada
- Realización de actividad física o de ejercicios leves
- Cesación tabáquica
- Dejar de ingerir drogas

#### **Medidas farmacológicas:**

- MONA (Morfina, Oxígeno, Nitroglicerina, Aspirina)
- Morfina ( iniciando 2 mg ) esto nos ayudara a reducir el dolor torácico

- Oxígeno suplementario ( deberá administrarse sólo si la saturación de oxígeno es menor de 95%. )
- Monitoreo cardiaco
- Aumentará el ST, 3 Hrs de evolución (Trombolisis)
- vigilar el riesgo de sangrado

### **Medicamentos:**

#### **Doble antiagregante plaquetario:**

#### **Aspirina+ copridogrel**

##### **Aspirina**

- Dosis : se administrará dosis de carga inicial de 150–325mg vía oral de aspirina masticable y, en caso de no ser posible la ingesta oral, se optará por 250–500mg intravenosos. Posteriormente, se administrará una dosis de 75–160mg diaria de forma indefinida
- Contradicciones : Dolor y daño muscular. Una de las quejas más comunes de las personas que toman estatinas es el dolor muscular. Daño hepático
- Indicaciones : está indicado administrarla a todo paciente con IAMCEST lo más pronto posible, salvo de contraindicaciones.

##### **Copridogrel**

- Dosis : se debe administrar como dosis única de 75 mg, una vez al día, comenzando con una dosis de carga de 300 mg y en combinación con AAS, con o sin trombolíticos
- Indicaciones : indicado en la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en: Pacientes que han sufrido un infarto de miocardio
- Contraindicaciones: cansancio excesivo, dolor de cabeza, mareos. Náusea , vómitos , dolor de estómago , diarrea
- Vía de administracion : via oral (Dosis única diaria con o sin alimentos.)

##### **Heparina**

- Dosis : inicial 5,000 U por vía intravenosa seguida de 10,000 a 20,000 U de una solución concentrada por vía subcutánea

- Indicaciones: Fibrilación arterial con embolismo. Prevención de la formación de coágulos en cirugía cardiovascular
- Contradicciones: en casos de hipersensibilidad a la heparina , hemorragia activa , hemofilia , purpura de cualquier tipo , endocarditis bacteriana , lesiones ulcerosas del tubo digestivo

### **Betabloqueantes:**

#### **Atenolol**

- Dosis : de 25-100 mg, dosis única o cada 12 h en dependencia de la frecuencia cardiaca
- Indicaciones: se usa sólo o en combinación con otros medicamentos para prevenir la angina (dolor en el tórax) y para el tratamiento de los ataques cardíacos
- Contradicciones: hipersensibilidad o alergia a atenolol o a cualquiera de los componentes del producto, bradicardia sinusal, bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado, shock cardiogénico e insuficiencia cardiaca manifiesta.
- Vía de administración : Los comprimidos de atenolol cinfa se deben tragar enteros con ayuda de un poco de agua.

### **Nitratos:**

#### **Nitroglicerina**

- Dosis: (amp 5 mg): infusión continua a 0,25-5  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  (se comienza por la dosis mínima con incrementos paulatinos hasta que mejore el cuadro a se llegue a la dosis máxima).
- Indicaciones: en pacientes con hipertensión arterial o IC. No se deberá administrar si la presión arterial sistólica es  $< 90\text{mmHg}$ , o si el paciente se presenta con bradicardia (frecuencia cardiaca  $< 50 \text{ lat}/\text{min}$ ) o taquicardia ( $> 100 \text{ lat}/\text{min}$ ).
- Contradicciones: en casos de hipersensibilidad a nitritos y nitratos, infarto miocárdico reciente, anemia grave, hemorragia cerebral, hipotensión arterial, pericarditis, traumatismos craneales, glaucoma, disfunción hepática o renal grave.

- Vía de administración : El modo habitual de administración será diluir una ampolla de 5 ml de solución de nitroglicerina al 1, en 250 a 500 ml de suero, salino o glucosado, que contendrán respectivamente 2 mg o 1 mg de nitroglicerina por cada 100 ml de suero a administrar.

### **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)**

#### **Captopril**

- Dosis: 12,5-150 mg/día repartidos en tres subdosis.
- Indicaciones : está indicado en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica con reducción de la función ventricular sistólica, en combinación con diuréticos y, cuando sea apropiado, con digitálicos y betabloqueantes
- Contradicciones: antecedentes de angioedema asociado a un tratamiento previo con fármacos inhibidores de la ECA.edema angioneurótico hereditario/idiopático.
- Vía de administración : vía oral

#### **Enalapril**

- Dosis : 5-40 mg/día en una o dos subdosis ç
- Indicaciones : Prevención de la insuficiencia cardíaca sintomática en pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática (fracción de eyección  $\leq 35\%$ ).
- Contradicciones: Casos de estenosis renal bilateral, estenosis de arteria renal de riñón único, insuficiencia renal grave y en hipotensión arterial sistémica. Su administración en pacientes con renina muy elevada puede producir una importante respuesta hipotensora con oliguria y azoemia
- Vía de administración :vía oral

### **Estatinas**

#### **Atorvastatina**

- **Dosis: 800 mg/día.**
- **Indicaciones : indicado para la reducción de los niveles sanguíneos de colesterol total. Colesterol-LDL, apolipoproteínas B y triglicéridos en pacientes con hipercolesterolemia primaria (heterocigota familiar y no**

familiar) y dislipidemia mixta, en quiénes las medidas dietéticas no han surtido efecto.

- **Contradicciones** : estreñimiento , dolor de estomago , nauseas , dolor de cabeza etc.
- **Vía de administración** : vía oral



## **BIBLIOGRAFÍA:**

Federal, G. (2019). Guia de practica clinica. *Infarto agudo en miocardio con elevacion del segmento st* , 3.

James, s. (2017). Guia 2017 sobre el tratamiento de infarto agudo al miocardio. *Articulo especial*, 9.