

**Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana**

Nombre de los alumnos:

- Emanuel de Jesús Andrade Morales
- Victoria Belén de la Cruz Escobar
- Eric Roberto Gordillo López
- Jonatan Emmanuel Silva López
- Casto Henri Méndez Méndez

**Nombre del profesor: Dr. Marco Polo Rodríguez
Alfonzo**

Nombre del trabajo: Caso Clínico

Materia: Fisiopatología III

Grado: 4°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de marzo de 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 mentales 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)**

Infarto del Ventrículo Derecho

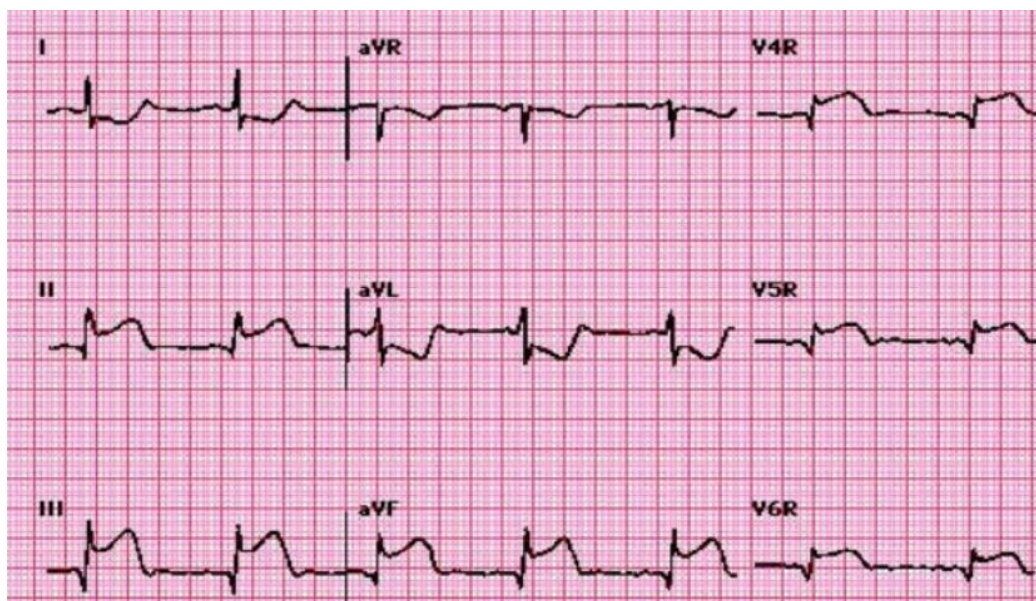
El infarto del ventrículo derecho, es la extensión de un IAM posteroinferior, afección de toda la extensión de la ACD. Podemos deducir que es un infarto del ventrículo derecho, debido a los signos y síntomas que presenta: cardiovascular con pulsos disminuidos en amplitud, ingurgitación yugular moderada, signo de Kussmaul positivo y llenado capilar ligeramente prolongado.

Al igual que eso, sus signos vitales nos refiere que su PA es baja, su FR es alta provocando una taquipnea en el paciente y su SpO2 es baja, provocando CsPs limpios con murmullo vesicular presente .

* DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO (justificar)

En el electrocardiograma debido a que es un IVD, encontraremos una elevación del segmento ST, principalmente se verá en las derivaciones: DII, DIII y AvF ya que es un infarto en la cara posteroinferior. Lo observaremos debido a que en DII es mayor a DIII, cuando hacemos una comparación, vemos que DII se ve más elevado en el segmento ST a comparación de DIII, esto es conocido como un infarto posteroinferior con extensión al ventrículo derecho.

El EKG muestra un IM agudo de pared inferior y/o posterior; la elevación del segmento ST mayor de 1 mm en V3R y V4R es un signo altamente sensible y específico, si el trazado es tomado dentro de las primeras 24 horas de iniciado el dolor precordial; después de 24 horas la sensibilidad de este hallazgo disminuye paulatinamente. Como se mencionó antes, es frecuente encontrar diversos grados de bloqueo AV lo mismo que arritmias ventriculares y supraventriculares. Para confirmar pediríamos una derivación de Medrano.



* EXPLICACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS

La función del ventrículo derecho depende de la precarga, al existir una sobrecarga en el ventrículo derecho se provoca una tensión en la pared del VD, presión en el atrio derecho. Y lo más importante para que nosotros diagnosticáramos un infarto del ventrículo derecho, es que en este existe una congestión venosa sistémica, lo que da lugar a una ingurgitación yugular, aumentando pues la inspiración=signo de Kussmaul debido a la disminución de la presión intratorácica y al posterior aumento de sangre que llega al lado derecho cardíaco. Debido a la eyección disminuida del ventrículo derecho, por lo tanto tendremos datos de bajo gasto cardíaco entre ellas

una hipotensión arterial sistémica, pulso disminuido en amplitud y llenado capilar retrasado, los cuales podemos encontrar en dicho paciente. Es importante remarcar también el hecho de que nuestro paciente presenta un HAS de 7 años de evolución con mal apego al tratamiento, que es sedentario, fumador activo y posiblemente actual diabético.

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

Electrocardiograma: El ECG del síndrome coronario agudo (SCA) debe incluir las derivaciones derechas (V4R a V6R) y dorsales (V7 a V9) o, al menos, algunas de ellas (V4R, V5R, V8). Esto es así porque, como veremos más adelante, es fundamental conocer el grado de participación del ventrículo derecho (VD) en el evento coronario y porque muchos infartos dorsales no se pueden detectar en un ECG estándar de 12 derivaciones

Ecocardiograma: Permite obtener visiones satisfactorias de la forma, el tamaño y el grosor de la pared ventricular, permite observar además las desviaciones del septum, la motilidad segmentaria, el reflujo tricuspídeo y el tamaño auricular derecho.

Enzimas Cardíacas: Las enzimas cardíacas miden los niveles de enzimas y proteínas que están vinculadas con lesiones del músculo cardíaco. La prueba examina las proteínas troponina I (TnI) y troponina T (TnT). La prueba también podría examinar una enzima que se llama creatina-cinasa.

Perfil lipídico: Las apoproteínas están asociadas al transporte de un tipo de lípido en particular, se han correlacionado con el riesgo de enfermedad cardiovascular. De las apoproteínas, la apo B es la apoproteína dominante de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), de las VLDL y también de los quilomicrones. Han sido descritas dos formas de apo B, apo B100 y apo B48. La apoB100 está presente en las LDL, de allí que su cuantificación promete ser un importante marcador de riesgo vascular. La apo A1 es el principal componente proteico de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y su disminución será igualmente un marcador de riesgo.

Proteína C reactiva: Los biomarcadores como la proteína c reactiva (PCR) tienen un importante papel en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. Objetivo: comportamiento de la PCR cuantitativa como biomarcador del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST

Tiempos de coagulación:

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

***** En este apartado incluir medidas farmacológicas y NO farmacológicas.**

El apoyo inotrópico parenteral en el compromiso hemodinámico persistente, la reperfusión, y mecánica apoyo con balón de contrapulsación intra-aórtica y dispositivos de asistencia ventricular derecha.

Cristaloides para mantener la precarga = Solución salina 0.9% = 5- 10 ML/KG

Antiagregantes, por el trombo.

Oxígeno al estar con una saturación de 88%

La beta-bloqueadores y algunos calcio-antagonistas pueden reducir la frecuencia cardíaca y deprimir la conducción, lo que aumenta el riesgo de bradiarritmias y bloqueos del corazón en estos pacientes dependientes del efecto cronotrópico.

Las propiedades vasodilatadoras de nitratos y bloqueadores de los canales de calcio pueden precipitar a hipotensión. En general, estos medicamentos se deben evitar en estos pacientes

***** Si corresponde, indique medidas terapéuticas contraindicadas y explique por qué.**

1. Evitar todas las maniobras que disminuyan la precarga.
2. Aumentar el volumen intravascular, bien sea con coloides o cristaloides, para aumentar el gasto cardíaco derecho (por la vía del mecanismo de Starling), aumentando así la precarga del VI y el gasto cardíaco.
3. La presencia inicial o aparición posterior de ingurgitación yugular no significa que el paciente debe recibir diuréticos o vasodilatadores.
4. Si la expansión de volumen no beneficia al paciente o si por el contrario se produce mayor dilatación del VD con aumento de la presión intrapericárdica y restricción al llenado del VD o del VI debe administrarse un agente inotrópico, por ejemplo, dobutamina.

Bibliografía

- Borrayo Sánchez, G., Pérez Rodríguez, G., Martínez Montañez, O., Almeida Gutiérrez, E., Ramírez Arias, E., Estrada Gallegos, J., . . . Arriaga Dávila, J. (05 de Agosto de 2016).
- Castro Aguilera Mathias. Enzimas cardiacas. Mayo clinic. Pág. 2-3
- Coll Muñoz, Y., Valladares Carvajal, F. d., & González Rodríguez, C. (2016). *SCIELO*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n2/rf10206.pdf>
- Mendoza, F. (2019). <https://scc.org.co/>. Obtenido de https://scc.org.co/wp-content/uploads/2019/11/PUESTA_AL_DIA_BOLETIN_132.pdf
- Paniagua, Jorge. Síndrome coronario crónico. Scielo. Pág. 2-4
- RODRÍGUEZ, (2016). Manejo del infarto agudo del ventriculo derecho. Revista médica de cardiología, costa rica y Centroamérica LXXI, pag 407-411
- Vargas Barrón, J., Romero Cárdenas, Á., Roldán, F., & Vázquez Antona, C. (2017). *Revista española de cardiología* . Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-infarto-agudo-auricula-ventriculo-derechos-articulo-13097926>