



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Materia:**

**Fisiopatología III**

**Caso clínico**

**Marco Polo Rodríguez Alfonzo**

**Presenta. Arturo Pedro Emanuel Alvarado Martínez**

**Oswaldo Morales Julián**

**Alfredo Morales Julián**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 14/03/2021.**

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

**\* DIAGNÓSTICO CLÍNICO (justificar)**

insuficiencia cardíaca crónica, pensamos que es esto ya que tiene hipotensión, signo de Kussmaul positivo, taquipnea, no hay cianosis, fatiga, disnea, debilidad, Diagnóstico de prediabetes de 2 años sin seguimiento, obesidad, náuseas

**\* DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO (justificar)**

isquemia miocárdica e infarto del ventrículo derecho corazón ya que se observa una elevación ST en V4R-V6R, y en II y III

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

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

Ecocardiograma Doppler y ventriculografía isotópica para saber si tiene una disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo

Química sanguínea, para observar los niveles de las enzimas cardíacas.

ECG de 12 derivaciones para registrar la frecuencia y el ritmo cardíacos, detectar cambios que indiquen isquemia o infarto silentes e identificar alteraciones en segmentos electrocardiográficos específicos (p. ej., en los intervalos PR, QRS y QT).

Se debe reevaluar periódicamente el perfil lipídico y el estado glucémico para determinar la eficacia del tratamiento

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

CEV porque tiene obesidad y es sedentario.

Oxígeno, porque su  $spO_2$  está por debajo de 90%, para que le llegue más oxígeno a el corazón y cerebro, haciendo que suba su  $spO_2$  y baje la taquipnea

Aspirina, porque es analgésico y también ayuda a subirle la presión arterial, 350 a 650 mg cada 4 horas administración oral

Insulina en caso de que sea cetoacidosis.

Nitratos

metformina e inhibidor del  $sglt2$