



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia:

Fisiopatología III

DR. Marco Polo Rodríguez Alfonso

Caso Clínico

Presenta:

Axel de Jesús García Pérez

Fátima Andrea López Álvarez

Estefany Berenice García Ángeles

Vanessa Estefanía Vázquez Calvo

4° B

Lugar y fecha: Comitán de Domínguez Chiapas a 14/03/21

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)**

*** DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO (justificar)**

*** EXPLICACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS**

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

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

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

*** Medicamentos a usar (si corresponde), dosis, pauta y vía de administración.

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

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Síndrome Isquémico Coronario Agudo

Infarto de miocardio con elevación del segmento ST

El dolor es el síntoma dominante en la mayoría de los casos, suele ser más intenso y prolongado, no responde a la nitroglicerina y se suele acompañar de manifestaciones vegetativas: sudoración fría, debilidad, náuseas, vómitos y angustia. La mayor incidencia de infarto ocurre a primeras horas de la mañana según el ritmo circadiano y coincide con los cambios en la agregabilidad plaquetaria y en los valores de cortisol que ocurren a estas horas. Otras veces, por el contrario, los síntomas dominantes son las náuseas y los vómitos, que simulan un cuadro digestivo, o bien predominan la disnea, un síncope o un AVC. Durante los episodios de dolor, el paciente se encuentra pálido, sudoroso e intranquilo. Puede existir bradicardia (muy frecuente durante las primeras horas) e hipotensión que, cuando se prolonga, debe hacer sospechar la posibilidad de un shock cardiogénico. La presión puede ser normal e incluso detectarse hipertensión secundaria a descarga adrenérgica.

EXPLICACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS

La base fisiopatológica del SCACEST es la oclusión completa del flujo en una arteria coronaria epicárdica que provoca isquemia miocárdica y alteración del metabolismo celular. La primera alteración que se produce es una alteración en la función diastólica del miocardio isquémico, posteriormente se produce también una disminución de la contractilidad y posteriormente aparecen las alteraciones electrocardiográficas.

DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO

Se observa un electrocardiograma con elevación del segmento ST en las derivaciones DII, DIII, aVF, V5 y V6, con estas derivaciones se puede lograr interpretar un infarto de la cara inferior con extensión a cara lateral que se logra ver que es subepicárdico y con una lesión transmural abonado a este no hay presencias de Q patológicas la cual se logra interpretar que no había infartos anteriores y con las siguientes características se puede llegar a la

conclusión de que hay un síndrome coronario agudo, llevándonos más específicamente a un infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

ESTUDIOS PARA CLÍNICOS A SOLICITAR

Electrocardiograma: Se debe obtener un ECG de 12 derivaciones en los primeros 10min tras el primer contacto del paciente. Los datos diagnósticos que nos interesan son:

- Ausencia de elevación persistente del segmento ST
- descenso del segmento ST
- y cambios en la onda T.

Este debe de ser de carácter prioritario ya que es el más importante.

Los estudios de apoyo serían

Las enzimas cardíacas: miden los niveles de enzimas y proteínas que están vinculadas con lesión del músculo cardíaco. La prueba detecta las proteínas troponina I (TnI) y troponina T (TnT). La prueba también puede detectar una enzima llamada creatina cinasa. Normalmente se detectan niveles bajos de estas proteínas y enzimas en la sangre, pero si se lesiona el músculo cardíaco, como debido a un ataque cardíaco, las proteínas y enzimas se filtran de las células del músculo cardíaco dañadas y sus niveles en el torrente sanguíneo aumentan.

Biometría hemática: Los valores de hematocrito son indicadores evaluados en una biometría hemática, y de hemoglobina, que es la proteína que da color característico a dichos glóbulos y permite el traslado de oxígeno a los tejidos, como dióxido de carbono hacia los pulmones. La biometría hemática sirve para reflejar inconsistencias en el volumen de líquidos como pérdida de sangre o deshidratación, afecciones relacionadas con la producción y destrucción de infecciones, alergias, glóbulos rojos y problemas de coagulación.

Química Sanguínea: La química sanguínea es un análisis de la sangre para medir cantidades de ciertas sustancias en el organismo como sales, enzimas, grasa o lípidos, hormonas, glucosa, proteínas, vitaminas y minerales.

Perfil de lípidos: Es un panel de análisis sanguíneo, sirve como método inicial para la evaluación médica que ayuda a identificar anomalías en los lípidos, como el colesterol y los triglicéridos. El colesterol es una de las grasas más importantes

para el cuerpo humano que se divide en: el colesterol bueno (HDL), el colesterol malo (LDL) y los triglicéridos, que son un tipo de grasas pertenecientes a la familia de los lípidos.

Tele de tórax: Las radiografías muestran la forma y tamaño del corazón y delinean las siluetas de los vasos sanguíneos principales situados en los pulmones y el tórax. Se pueden observar fácilmente las alteraciones en la forma y el tamaño de estas estructuras, así como otras anomalías, como depósitos de calcio en los vasos sanguíneos. Las radiografías de tórax también revelan el estado de los pulmones (en especial si sus vasos sanguíneos presentan alguna anomalía) y la presencia de líquido en su interior o alrededor de ellos.

Las radiografías pueden detectar si hay un aumento de tamaño del corazón, causado con frecuencia por una insuficiencia cardíaca o un trastorno de las válvulas cardíacas. Algunas veces las radiografías pueden ser útiles para establecer el diagnóstico de pericarditis constrictiva mediante la detección de depósitos de calcio en el saco que envuelve el corazón (pericardio).

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 cardíacas, si el aumento es atribuible a lesión cardíaca.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS RECOMENDADAS

MEDIDAS FARMACOLOGICAS	MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS
A antiagregantes	Glucemia basal inferior a 126 mg/dL
N nitroglicerinas	HbA < 6.5 %
Oxígeno <90%	Presión arterial =< 130/85
M orfina, si las medidas anteriores no funcionan	Colesterol <175mg /dL
Fibrinólisis farmacológica:	LDL inferior a 100mg/ dL
° Tenecteplase (TNK)	Supresión total del tabaco
° Retepase (rPA)	Dieta, con reducción del aporte de grasas saturadas y aumento de la ingesta de legumbres, frutas, verduras y pescado.
° Alteplase (tPA)	
Metformina	
Losartan	
Atorvastatina 800mg/día v.o	
Heparina: inicial 5,000 U por vía intravenosa seguida de 10,000 a 20,000 U de una solución concentrada por vía subcutánea.	
Atenolol: 25-100 mg, dosis única o cada 12 h en dependencia de la frecuencia Cardíaca.	

La terapéutica inicial debe ser antes de la interpretación del electrocardiograma.

Para empezar con el tratamiento debería tomarse en cuenta una serie de tratamientos en secuencia por si en anterior no llegase a funcionar. El primero a considerar son los antiagregantes, se divide en inhibidores de la COX1 plaquetaria de 100 mg C/24 hr y AAS IGO 325 mg masticado; la otra parte son los inhibidores del receptor P 2 y 12, que sería el clopidogrel 300 mg d.u.

La siguiente opción son los nitratos (nitrogecina) recomendando 0.4 – 0.6 mg sublingualmente cada 5 minutos por 3 dosis.

El oxígeno sería SaO₂= <90%

Finalmente está la morfina, esta se aplicará en caso de que no responda a lo atendido.

Hipertensión: losartan, mañanas 1 diaria 50mg

Diabetes: metformina 1 tableta 850 mg, por las noches

Fibrinólisis farmacológica:

Tecnetéplase (TNK)

Retepase (rPA)

Alteplase (tPA)

50mg en >90 kg

10u+10u i/v bolos en 30 min

90 min en infusión ajustada a peso, 15mg i/v en bolo, y 0,75 mg/kg en 30 min hasta 50mg, luego 0,5 mg/kg en 60 min

Contraindicaciones:

Absolutas:

1. Algún sangrado intracraneal
2. Lesión vascular estructural cerebral conocida
3. Neoplasma intracraneal maligno conocido (primitivo o secundario)

Relativas:

1. Hipertensión sistólica >180mmHg o diastólica > de 110 mmHg
2. Antecedente de ACV
3. Hemorragia gastrointestinal
4. Riesgo → beneficio

BIBLIOGRAFIA:

1. Guadalajara, J. F. (2007). Cardiología (sexta edición ed., Vol. 6). Méndez editoriales.
2. FARRERAS VALENTÍ, P. (2016). MEDICINA INTERNA (Vol. 1). ELSEVIER.
3. Keeley E, Boura J, Grines C. Angioplastia primaria versus tratamiento con trombolíticos intravenosos para el infarto agudo de miocardio: una revisión cuantitativa de 23 ensayos aleatorizados. Lancet 2003; 361 (9351): 13-20.