



UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

ACTIVIDAD:

DOCENTE:

DR. MARCO POLO RODRIGUEZ ALFONZO

ALUMNOS:

HUGO GERARDO MORALES GORDILLO

DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR

4 ° B

**COMITAN DE DOMINGUEZ, 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:

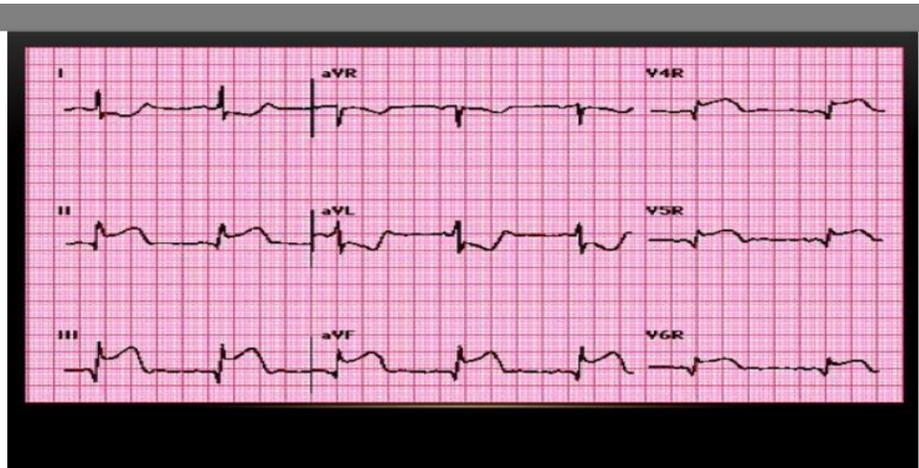
*** DIAGNÓSTICO CLÍNICO (justificar)**

- 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 cardiacas,
- 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 CLÍNICO**

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):**

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

Medidas no farmacológicas: Dieta sana

Medidas farmacológicas:

- MONA (Morfina, Oxígeno, Nitroglicerina, Aspirina,)
- Canalizar 2 vías
- Monitoreo cardiaco
- Oxígeno suplementario

Aumentará el ST, 3 Hrs de evolución (Trombolisis) y vigilar el riesgo de sangrado

Medicamentos:

Doble antiagregante plaquetario:

Aspirina + clopidogrel

- Dosis (Aspirina 10 mg, clopidogrel 75 mg) cada 24 hrs

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 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 cardíaca 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 µg/kg/min (se comienza por la dosis mínima con incrementos paulatinos hasta que mejore el cuadro a se llegue a la dosis máxima).
- **Indicaciones:** En la profilaxis y el tratamiento de la angina de pecho. En el tratamiento de la angina variante o de Prinzmetal. En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y crónica
- **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 convertora 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 ζ
- **Indicaciones:** Prevención de la insuficiencia cardiaca 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: oral

- **Estatinas**

Atorvastatina

- **Dosis: 40-80 mg/día.**
- **Indicaciones: está indicada también para reducir la cantidad de sustancias grasosas como colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) ("colesterol malo") y triglicéridos en la sangre y para aumentar la cantidad de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) ("colesterol bueno") en la sangre**
- **Contradicciones: estreñimiento, dolor de estómago, náuseas, 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.