



Nombre de alumnos: Alondra Gabriela García Ramírez

Nombre del profesor: Marcos Jhodany Arguello

Nombre del trabajo: protocolo de tesis

Materia: seminario de tesis

Grado: 8

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de 2018.

Tema:

INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL GENERAL “MARIA IGNACIA GANDULFO”, EN UN PERIODO DE JUNIO- AGOSTO.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La CI es una de las causas de muerte más frecuentes en los países desarrollados. Aunque la mortalidad debida a CI ha disminuido en las últimas 4 décadas, la CI todavía es responsable de más de una tercera parte de las muertes en sujetos mayores de 35 años. Se ha estimado que en Estados Unidos uno de cada dos varones en edad media y una de cada tres mujeres desarrollarán en algún momento de su vida alguna manifestación de la CI, mientras que en Europa uno de cada seis varones y una de cada siete mujeres morirán por IAM.

por su parte, el renasica da a conocer un poco mas de las características clinicas de los pacientes mexicanos.la poblacion mexicana con sindrome coronario agudo corresponde al 43% y pacientes diabeticos y el 50% de pacientes hipertensos, ademas de que la tercera parte son de sexo femenino,grupo que debe considerarse de alto riesgo, ya que su mortalidad es mayor. cuando comparamos nuestros resultados con otros registros,en el ambito mundial vemos que con mayor frecuencia existe el antecedente de diabetes y que tenemos la misma frecuencia de has, que los paises de altos ingresos.

Las causas más importantes de la hipertensión arterial y AVC son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad. Estos "factores de riesgo intermediarios", que pueden medirse en los centros de atención primaria, son indicativos de un aumento del riesgo de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

El infarto de miocardio se conoce como la muerte de las células de una zona más o menos extensa del músculo que forma las paredes del corazón (miocardio) producida por la falta de irrigación de dicha zona. El descontrol alimenticio, el tabaquismo, el estrés, el sedentarismo físico y las anomalías cardiovasculares congénitas, como es el caso de la hipertensión, entre otros; son reconocidos como factores de riesgo para la producción de infarto del miocardio, arritmias, y muerte súbita en la población de jóvenes adultos en edades comprendidas entre 25 a 40 años. Actualmente la tasa de mortalidad ha aumentado respecto a los jóvenes que fallecen por esta causa.

Es por ello que esta trabajo se centra en hacer llegar a la población valenciana a través de medios informativos impresos estos riesgos para que de una manera se den a conocer y así crear conciencia en la población joven, para que mantengan un cuidado saludable, una dieta balanceada, actividad física y evitar el uso del cigarrillo. De esta manera se crea la prevención y podría disminuir la cantidad de casos ocurridos por este tipo patologías.

Según la OMS la mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población. Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda. En base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación **¿Conocer la incidencia de la hipertensión arterial en los pacientes que asistieron en el Hospital General María Ignacia Gandulfo?**

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Conocer la incidencia de la hipertensión arterial en los pacientes que asistieron en el Hospital General María Ignacia Gandulfo, en un periodo de junio- agosto 2021?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la incidencia de la hipertension arterial en los pacientes que ingresen al Hospital General Maria Ignacia Gandulfo, durante el periodo comprendido de junio-agosto 2021.

ESPECIFICOS:

- conocer los factores de riesgo en los pacientes del hospital.
- identificar la frecuencia de la hipertension, de acuerdo al sexo y edad.
- Conocer la frecuencia de los factores de riesgo para la hipertension, como: tabaquismo, diabetes mellitus, y obesidad.

JUSTIFICACION

En el mundo la hipertension arterial es una de las causas de mortalidad, por eso nos ponemos a pensar en la importancia de cada ser humano para poder ser orientado para disminuir el factor de riesgo ya que el tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 junto con la cardiopatia isquemica contribuyen las dos principales causas de mortalidad. Su causa más frecuente es una trombosis coronaria, secundaria a un accidente de placa ateromatosa. Menos frecuentemente, puede ser producido por embolia coronaria, espasmo coronario sostenido, disección coronaria, etc. Habitualmente la necrosis es tras mural y más raramente es no tras mural (sub-endocárdica), como consecuencia de una disminución no total del flujo coronario en la zona infartada.

La hipertensión arterial es una entidad generada por una obstrucción total de las arterias coronarias que irrigan el músculo cardíaco trayendo como consecuencia la necrosis del miosito. El infarto agudo de miocardio (IAM) forma parte de lo que conocemos como Síndromes Coronarios Agudos (SCA), que son la manifestación clínica de la evolución acelerada de la cardiopatía isquémica. La aterosclerosis puede evolucionar de forma lenta y crónica, dando lugar a la obstrucción progresiva de una arteria coronaria; éste es el sustrato de la angina estable. Pero también puede producirse una evolución acelerada cuando una placa de aterosclerosis se rompe o se ulcera y genera un trombo intraluminal que puede ser más o menos obstructivo y más o menos estable. Dependiendo de ello, tendremos una angina inestable (trombo lábil) o un infarto de miocardio (trombo estable).

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. El fenómeno de la necrosis se produce a lo largo del tiempo, comenzando por las zonas más vulnerables, que son las del subendocardio; si la isquemia dura lo suficiente, al final se acaba necrosando todo el espesor transmural del miocardio. La consecuencia positiva es que si somos capaces de interrumpir el proceso, abriendo la arteria obstruida, podremos limitar la cuantía de la necrosis.

El estilo de vida de las personas y la comorbilidad son dos importantes factores que hacen que la frecuencia de esta enfermedad siga incrementando. Por esta razón este tema no solo es de interés para el personal médico sino también para el paciente y para todos aquellos que se interesen por su salud los cuales establecer promoción y prevención así disminuirían en gran porcentaje de incidencia de infarto de miocardio.

Hay que destacar que el infarto agudo del miocardio pertenece al cuadro clínico que engloba el síndrome coronario agudo: angina inestable, e infarto de miocardio con o sin elevación de segmentos ST. El cuadro clínico está dominado por el dolor, que es similar al ya descrito en la angina (opresivo, retroesternal, con ocasional irradiación a brazo izquierdo, cuello o abdomen), pero con algunas características diferenciales. El desencadenante no suele ser el ejercicio, sino que ocurre con frecuencia en reposo y sin desencadenantes reconocibles. En ocasiones puede verse precedido por una situación estresante. El dolor es más prolongado que el de la angina (dura horas) y se acompaña de una sensación angustiosa de muerte.

inminente. Con frecuencia se acompaña también de fenómenos vegetativos (sudoración, náuseas, mareo).

La prioridad que nos dio este tema es por la importancia que se visto hoy en día mas muertes por infartos de miocardio que nos conyeba a una investigacion mas profunda y buscar los incidentes a diario en el Hospital General Maria Ignacia Gandulfo con relacion a datos estadisticos los que acuden en el hospital. Con el fin de centrar el analisis de numero de pacientes con infarto agudo de miocardio en el hospital general.El cual nos desidimos por hacer este tema para la tesis profecional hablando de infarto agudo de miocardio para informarnos mas sobre lo que nos conyeba a esto en la cual nos sirve para aprobar la materia.

MARCO TEORICO

II.I. Definicion

Academia Nacional de Salud (2014)

El IAM se define en anatomía patológica como la muerte de la célula miocárdica debida a isquemia prolongada. Tras el inicio de la isquemia del miocardio, la muerte celular no es inmediata. Pasan varias horas hasta poder identificar la necrosis miocárdica por el examen post mortem macroscópico o microscópico. Para identificar la necrosis total de las células miocárdicas se necesitan por lo menos 2-4 horas o más. El proceso completo que lleva al infarto cicatrizado en general tarda por lo menos 5-6 semanas.

Las presentaciones clinicas de la cardiopatia isquemica, incluye la isquemia asintomatica asintomatica, la angina de pecho estable, la angina inestable, el infarto de miocardio (IM), la incidencia cardiaca y la muerte subita. Los signos del infarto de miocardio son:

La exploración física no presenta datos específicos, pero tiene una gran importancia para descartar otras causas de dolor torácico y para evaluar la situación del paciente y detectar las posibles complicaciones. El aspecto general del paciente nos puede presentar a un paciente pálido, con sudoración fría y angustiado. Si el paciente se encuentra obnubilado o agitado puede reflejar una situación de bajo gasto con hipoperfusión cerebral. El pulso suele ser rápido, reflejando la activación simpática. Puede ser bradicárdico o arritmico. La tensión arterial suele ser discretamente alta (no es infrecuente encontrar cifras de 160/100) aunque puede haber hipo o hipertensión franca, lo que habrá que tener en cuenta para la evaluación y manejo del paciente. La auscultación cardiaca no revela datos específicos; si acaso puede auscultarse un 4º tono o un soplo sistólico de insuficiencia mitral (como complicación). La auscultación pulmonar debe centrarse en buscar la presencia de estertores en bases pulmonares, que revelarían la existencia de insuficiencia cardiaca.

CAPITULO III

METODOLOGIA

III.I. TIPO Y DISEÑO.

Se realizará un estudio con un enfoque mixto de tipo explicativa y correlacional transversal, la cual se recolectará datos en un momento ya que se pretende describir como se presenta la patología (hipertensión arterial) y los factores de riesgo, sin alterar ninguna variable, también se pretende utilizar un diseño no experimental de tipo determinado.

III.II AREA DE ESTUDIO.

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial él, Hospital María Ignacia Gandulfo.

actividades	enero				febrero				marzo				Abril				Mayo				junio				Julio			
	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23	s24	s25	s26	s27	s28
ELECCION DEL TEMA	■																											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		■																										
ELEBORACION DE LOS OBJETIVOS			■																									
JUSTIFICACION				■																								
ELABORACION DE HIPOTESIS				■																								
CORRECCION DE TESIS				■	■		■		■	■				■	■	■												
ELABORACION DE MARCO TEORICO				■	■	■	■	■	■	■	■																	

II.V CLASIFICACION

Santiago Mejía Moya (2015)

Tipo 1: IAM espontáneo relacionado a isquemia debido a un evento coronario primario (erosión de la placa o ruptura, fisura o disección).

Tipo 2: IAM secundario a isquemia debido al aumento de la demanda de O₂ o disminución de su aporte por: espasmo coronario, embolia coronaria, anemia, arritmias, hipertensión e hipotensión.

Tipo 3: muerte súbita inesperada, incluida parada cardíaca, frecuentemente con síntomas sugestivos de isquémica miocárdica acompañado presumiblemente de nueva elevación de ST o bloqueo de rama izquierda (BRI) nuevo o evidencia de trombo fresco en una arteria coronaria por angiografía o autopsia, pero que la muerte haya ocurrido antes de la toma de muestra de sangre o que las muestras hayan sido tomadas antes para que existan biomarcadores en sangre.

Tipo 4 a: IAM asociado con intervencionismo coronario percutáneo.

Tipo 4 b: infarto agudo al miocardio asociado a trombosis de stent documentado por angiografía o autopsia.

Tipo 5: asociado a cirugía de derivación aortocoronaria.

Clasificación según el electrocardiograma de la presentación:

Esta es muy útil para el manejo inicial del paciente con IAM

1.- síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). Sugiere trombo coronario no oclusivo, angina inestable, infarto de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST). La mayoría parte de los casos el cual será infarto de miocardio sin onda Q (IAMNQ) mientras que una proporción pequeña será IAM con onda Q (IAMQ).

2.- síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) sugiriendo trombo coronario oclusivo, la mayoría parte de los casos será un infarto de miocardio con onda Q, una proporción pequeña será IAMNQ.

La clasificación del IAM pueden ser espontaneas, desequilibrio de oferta demanda de oxígeno, muerte súbita, relacionado a intervención coronaria percutánea, trombosis, estenosis, una relación de puente aorto coronario. Una adecuada clasificación del tipo de infarto permite definir una mejor ruta terapéutica para el paciente y predecir posibles complicaciones.

Tensión arterial estable

Auscultación pulmonar sin estertores

Auscultación cardiaca sin tercer tono. Ausencia de galope

No hay evidencia de insuficiencia cardiaca

Estertores en menos del 50% de los campos pulmonares

Auscultación cardiaca con tercer tono. Galope ventricular

Evidencia de insuficiencia cardiaca

Estertores en más del 50% de los campos pulmonares (edema de pulmón)

Auscultación cardiaca con tercer tono. Galope ventricular

Shock cardiogénico, Piel fría, cianótica, sudoración fría, sensorio deprimido, diuresis

