



**Mi Universidad**

**Enfermedades.**

*Nombre del alumno: Edwin Dionicio Coutiño Zea*

*Nombre del tema: enfermedades*

*Parcial: segundo*

*Nombre de la materia: cardiología*

*Nombre del profesor: Romeo Suarez Martinez*

*Nobre de la licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: Quinto*

*21 de octubre de 2022*

# Hipertensión Arterial

Presión arterial elevada de forma mantenida.

## Causas

90-95%

Hipertensión arterial esencial o primaria  
**Idiopática**

5-10%

Hipertensión arterial secundaria  
**Causa determinada**

## Presión Arterial

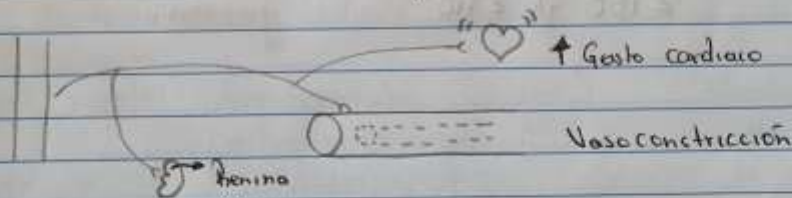
Fuerza de la sangre al empujar contra las paredes de sus arterias.

## Gasto Cardíaco

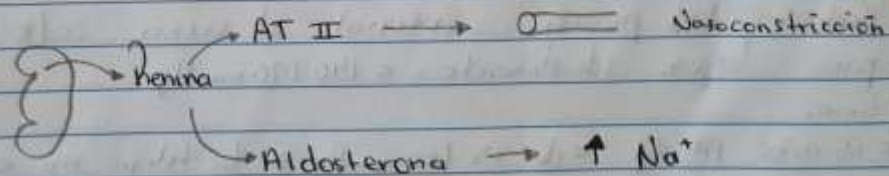
Volumen de sangre expulsado por un ventrículo en un minuto.

## Mecanismos de hipertensión

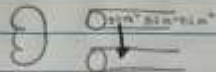
① Exceso de actividad simpática.



② Exceso de activación del SRAA.



### ③ Disminución en excreción de Na<sup>+</sup>



#### Factores de riesgo

- \* Sexo y edad. H: > 55 años M: > 65 años
- \* Hábitos y estilo de vida.

Metodos diagnósticos → Medición de la presión arterial por personal capacitado.

#### Clasificación de HTA

ESC / ESH (2018)

Óptima	< 120 y < 80
Normal	120-129 y/o 80-89
Elevada	
Norm-alta	130-139 y/o 85-89
Estadio-grado 1	140-159 y/o 90-99
Esta-grado 2	160-179 y/o 100-109
Esta-grado 3	≥ 180 y/o ≥ 110

#### Metas del tratamiento

- Reducir la presión arterial al menos 20/10 mmHg para lograr idealmente < 140/90 mmHg

#### Óptimo.

- < 65 años PA obj. < de 130/80 mmHg si lo tolera no < 120/70 mmHg
- > 65 años PA obj. < 140/90 mmHg si lo tolera pero individualizar cada caso, evaluar fragilidad, independencia, funcionalidad y el contexto del paciente.



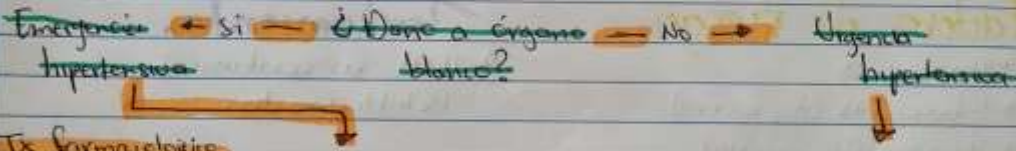
# 6 CRISIS HIPERTENSIVA

Aumento grave de la presión arterial que puede provocar un accidente cerebrovascular.

180 / 120 mmHg

## FALTORES DE RIESGO.

- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Dieta rica en sal.
- Consumo elevado de alcohol.
- Antecedentes familiares.
- Olvido o abandono de la medicación para la hipertensión.
- Cambios en el tratamiento.
- Enfermedades renales, cardíacas o respiratorias.



### Tx farmacológico

Lo ideal sería IV. ~~Seleccionar estudios (Elatro,)~~  
~~e iniciar tx farmacológico~~

• Nitroprusato

• Labetalol

~~o órgano específico~~

~~Hospitalizar~~

~~Manejo farmacológico~~  
~~Vía oral.~~

### Tx farmacológico

VO → • PPA II

• IECAS

• CA

• Furosemida

# INSUFICIENCIA CARDIACA

## Mecanismos Adaptativos

- Adaptación fisiológica del corazón.
  - Modificaciones en el tejido muscular cardíaco.
- + Tratan de compensar la demanda del organismo y mantener la homeostasis.

## Tipos de Insuficiencia.

- \* IC con fracción de eyección reducida. FEVI  $< 40\%$
- \* IC con fracción de eyección en rango medio. FEVI  $40\% - 49\%$   
Al menos un criterio adicional: (✦)  
Enfermedad estructural cardíaca teleconstricte.  
Disfunción diastólica.
- \* IC con fracción de eyección conservada. FEVI  $\geq 50\%$  (✦)  
Peptidos natriureticos elevados.

## Factores de riesgo.

- + Arritmias
- + Infecciones (Respiratorias)
- + Hipertensión arterial
- + Anemia
- + Fármacos
- + Infarto agudo al miocardio
- + Procesos febriles
- + Embarazo

## Tratamiento.

- + IECA en combinación con Betabloqueador.

- + Clasificación de Killip-Kimball
- + Clasificación de Forrester

IECA y ARA II **Contraindicadas en el embarazo.**

## Preclamsia

Asíntomas

Edemas de miembros inf.

+ Producción Orina

Cefaleas.

Parestesias.

< 20 SDG

- Hipertensión crónica

Px embarazo

Antihipertensivos

↓ 140/90 mmHg

\* Tx Alfametildopa.

(Labetalol IV pra elección)

≥ 140-90 mmHg

> 20 SDG CEME

- Hipertensión

Gestacional

→ HAS

+ NO prot

Hemólisis

E } ↑ marcadores hepáticos  
C } (CPG y TGP)

L } + Plaquetas  
P }

- Preclampsia → HAS

+ Pretermia

• Leve > 140-90 +  
< 160-110

• Severa > 160-110 +++

Criterios de Shera?

Biomarcador específico para Anticoagulación + Insulinopenia

Biomarcador de Agudo de pecho? No acute - **Sx Hepp** → HAS

Sx Coronario agudo

Dosis:

Tx.

Crisis hipertensiva

Mélicas digestivas

Sx Coronarios agudos

- Eclampsia → HAS

+ Crisis Convulsivos

+ Lesión hepática



# Síndrome Coronario

Tarea → Angina estable o inestable  
Diferencia  
S → No se administran aINES?  
N

Afecciones asociadas con un flujo sanguíneo súbito y reducido al corazón.

- Hay un dolor opresivo o súbito que se irradia a la mandíbula.
- Duración > 30min.

IAM (ESST) <sup>(NFAAM)</sup> → **oportunismo de arterias completamente.**

IAM (SESST)

ANGINA - **Obstrucción parcial**

- Identificar el segmento ST (elevado → 2 cuadros 4 y 1/2 on 4/2)
- Ubicar el punto J

## Biomarcadores.

- Mioglobina → primer marcador que se eleva
- CK total
- DHL
- CK-MB

• Troponina I → Se eleva después de 3-4 hrs

IAM (ESST) → Trombolíticos < 12 hrs que alivie el dolor. (Se puede hacer después con (rele- ves))

IAM (SESST) → Anticoagulantes  
ANGINA → Estatinas → 80mg / 24hrs  
Man: dolor

## IAM con elevación del ST

ASA + (C-) + Anticoagulación + Estatina + Manejo del Dolor

Antiagregante  
ASA  
Clopidogrel  
Enoxaparina

Fármaco Dosis Inicial

ASA 150-300mg / 100mg mat

- Clopidogrel 300mg / 75mg mat

Enoxaparina < 75 años: Bolo IV 30mg, 15 min después 1mg/kg S.C. cada 12h hasta la revascularización o el alta.

maximo 8 días, > 75 años: sin bolo, primera dosis S.C. 0.75mg/kg c/12h. TFGe < 30ml/min

SCOOE

## ANGINA DE PECHO ESTABLE e INESTABLE

- Estable.** Acontecimiento que la desencadena (subir escaleras, acto sexual), si se presenta nuevamente tendrá las mismas características que las veces previas y se sabe aliviar con la dosis normal de nitroglicerina.
- Inestable.** Es de aparición reciente y más grande que la estable además que puede producirse en reposo o con esfuerzos mínimos.

Fármaco	Tx Inicial
<b>Streptocinasa</b>	1.5 millones de unidades en 30-60 min IV
<b>Alteplase</b>	Bolo IV de 15mg seguido de .75 mg/kg por 3min (max 50mg) seguidos de 0.5 mg/kg IV durante 60min (max 35mg).
<b>Tenecteplase</b>	Bolo único IV 0.5 mg/kg (max 50mg)



# FIEBRE REUMÁTICA

Es una enfermedad inflamatoria, estreptococo beta hemolítico del grupo A.

- + Deja secuelas permanentes en el corazón
- + la lesión típica es el nódulo de Aschoff.

## Factores de riesgo.

- Factores ambientales (hacinamiento, falta de higiene y otras).
- 5 a 15 años.
- Fiebre reumática 14 a 28 días.
- 

## Criterios de JONES

### Manifestaciones mayores

- Carditis
- Poliartritis
- Corea
- Eritema marginado
- Nódulos subcutáneos

### Manifestaciones menores

- Fiebre
- Artralgia
- FR previo
- USG ↑
- PCR ↑
- Leucocitos ↑
- PR alargado

## Diagnóstico.

Ter episodio → 2 criterios mayores  
1 criterio mayor + 2 Criterios menores

- + Análisis de Sangre
- + Electrocardiograma
- + Ecocardiograma

## Tratamiento.

- + Antibióticos
- + Medicamentos antiinflamatorios
- + Medicamentos anticonvulsivos

# ENFERMEDADES VALVULARES

- Afectan las válvulas del corazón
- Mayor frecuencia en la V. mitral y la V. aórtica.

**Estenosis** (sobrecarga de presión)

Estrechamiento no abre bien.  
La sangre no sale bien.

**Insuficiencia** (sobrecarga de volumen)

No cierra bien.  
La sangre se regresa (Regurgitación)

## Signos y Síntomas.

- \* Disnea
- \* Astenia
- \* Palpitaciones
- \* Angina
- \* Mareos
- \* Sincope.

**Estenosis mitral.**

\* Obstrucción del flujo de entrada.

**Cuadro Clínico.**

- \* Disnea, tos, fatiga cardíaca, astenia molestia en el pecho.
- \* Rta de forax
- \* Electrocardiografía.

**Estenosis Aórtica**

↓ la función sistólica del ventrículo izquierdo.

**Causas.**

- \* Proceso degenerativo y calcificativo relacionada con la edad.
- \* Fiebre reumática.

**Cuadro clínico.**

\* Angina y Disnea o Sincope ect. forax.

**Insuficiencia Aórtica.**

**Precarga y sobrecarga** ↑

- \* ↑ FC
- \* Angina y disnea.

**Insuficiencia Mitral**

- Primaria
- Secundaria

**Cuadro clínico**

- \* Insuficiencia Cardíaca
- \* Fibrilación auricular.

Tx → TA → IECV

Betabloqueantes

Tx diuréticos

Anticoagulante oral.

# CARDIOPATIA ISQUÉMICA

- \* Disminución del aporte de sangre oxigenada, afecta el libre flujo de sangre al corazón.


## Factores de Riesgo.

- Obesidad
- Sedentarismo
- dislipidemia
- HAS
- diabetes mellitus
- Síndrome metabólico
- tabaquismo
- Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.

## Diagnóstico.

- \* Toma de electrocardiograma de 12 derivaciones en reposo.
- \* Búsqueda intencionada de cambios eléctricos que sugieran isquemia miocárdica o reciente.

Isquemia → onda T Negativa

Lesión → Segmento ST 

Necrosis → Q Negativo

## Tratamiento No Farmacológico.

- Suspensión total del tabaco.
- Moderar el consumo del alcohol.
- Evitar sobrepeso.

(CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA)

## Tratamiento Farmacológico.

- \* Betabloqueadores (metoprolol)
- \* Calcioantagonistas (verapamilo)
- \* Inhibidores de la IECA (lisinapril o enalapril)
- \* Anticoagulantes