

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Brissa del Mar Antonio Santos

Quinto semestre

Actividad 2: **INSUFICIENCIA CARDIACA
E HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA**

Medicina interna

Dr. Ricardo Acuña

Dr Ricardo Acuña

Martes 20 de septiembre

Las miocardiopatías son un conjunto amplio de enfermedades caracterizadas por una alteración estructural y funcional del miocardio en ausencia de sobrecarga hemodinámica o alteración coronaria que la justifique

La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad caracterizada por un incremento en el grosor miocárdico no justificado por unas condiciones hemodinámicas anormales. Las alteraciones estructurales del miocardio (hipertrofia y desestructuración de fibras miocárdicas, fibrosis) confieren una menor distensibilidad al miocardio y producen fallo diastólico, que se traduce en una elevación de las presiones de llenado ventricular izquierdo y en el territorio venoso y capilar pulmonar que dan lugar a congestión pulmonar y al síntoma más usual en aquellos pacientes que están sintomáticos: la disnea.

La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos. Entre los pacientes sintomáticos la manifestación más frecuente es la disnea y la intolerancia al esfuerzo. Otros pacientes refieren dolor torácico anginoso condiciona el aumento de la masa miocárdica, así como por la presencia de enfermedad coronaria epicárdica coexistente en algunos pacientes), palpitaciones o presíncope/síncope

La exploración puede ser normal excepto por la presencia de un cuarto ruido y, ocasionalmente, de un impulso apical prominente y doble. En los pacientes con obstrucción en el tracto de salida del VI se ausculta un soplo sistólico rudo, localizado en el ápex y el borde esternal izquierdo, que puede irradiarse a la base del corazón, pero no a las carótidas. Asimismo, suele haber un pulso inicialmente intenso V bisferiens y, si la obstrucción es intensa, desdoblamiento invertido del segundo ruido.

La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos o solamente tienen síntomas leves. Sin embargo, existen otros posibles cursos de la enfermedad como la presentación de insuficiencia cardíaca, la obstrucción del tracto de salida del VI, el desarrollo de fibrilación auricular, que se asocia a un elevado riesgo de eventos embólicos, o la muerte súbita.

Los objetivos generales son el control de los síntomas y la prevención de la muerte súbita mediante el implante de un DAI en pacientes seleccionados. El diagnóstico de la enfermedad contra indica el deporte de competición y el ejercicio intenso

Los pacientes se manejan con I3-bloqueantes, verapamilo o diltiazem, asociando disopiramida en caso de síntomas refractarios. En pacientes que siguen sintomáticos pese a tratamiento médico se opta por la miectomía o la ablación septal con alcohol. Están contraindicados los inotrópicos positivos.

La causa más frecuente (casi 50%) de miocardiopatía dilatada es la idiopática (tras excluir todas las causas conocidas). En torno al 25% de los casos son secundarios a mutaciones que afectan a los genes que codifican diferentes proteínas del citoesqueleto

Existen formas de miocardiopatía dilatada que hay que conocer, como la miocardiopatía periparto, la enfermedad de Chagas o la secundaria a antraciclinas (conviene evaluar la función sistólica con ecocardiografía antes, durante y tras los ciclos de quimioterapia)

HIPERTENSION ARTERIAL.

La PA tiene un máximo y un mínimo a lo largo del ciclo cardiaco. La PA media refleja mejor la de perfusión tisular que la sistólica o diastólica aislada. En los adultos sanos oscila entre 70 y 105 mmHg. Como la mayor parte del ciclo cardiaco en ausencia de taquicardia es diastólica, se puede calcular la PA media mediante la siguiente fórmula: $PA\ media = \frac{2}{3}(PAD) + \frac{1}{3}(PAS)$

Emergencia hipertensiva. Es el estadio más severo de crisis HTA, asociando lesión aguda grave de órgano diana. Requiere tratamiento urgente, generalmente intravenoso, y rápido.

Urgencia hipertensiva. No conlleva lesión aguda de órgano diana, generalmente se trata con fármacos orales y se recomienda un descenso de la PA más progresivo.

El objetivo terapéutico de la HTA es disminuir la morbimortalidad cardiovascular. El primer escalon del tratamiento antihipertensivo son las medidas generales higienicodietéticas y el control del resto de FRCV, que se debe implementar en todos los pacientes. Posteriormente se debe realizar un cribado de causa secundaria de HTA y en caso de diagnosticarse, iniciar tratamiento etiológico. El tercer escalon del tx es el farmacológico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Rius, J. B., Blanco, J. J. R. & Centro Técnico de Oposiciones (Madrid). (2014). Manual CTO de medicina y cirugía. Alianza Editorial