



Nombre del alumno: MARIO DE JESUS SANTOS HERRERA

Nombre del profesor: MANUEL EDUARDO LOPEZ

Licenciatura: MEDICINA HUMANA

Materia: cardiología

Nombre del trabajo: mapa conceptual.

San Cristóbal De Las Casa, Chiapas a 22 de noviembre del 2022

HORMONA PARATIROIDEA

RIESGO CARDIOVASCULAR

El riesgo cardiovascular asociado al HPTP es atribuible en gran parte a un aumento de la prevalencia de hipertensión, obesidad, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina

Los mecanismos de hipertensión propuestos en los pacientes con HPTP incluyen el aumento del depósito de calcio que conduce a una rigidez arterial en la enfermedad de larga duración o grave, la estimulación directa del sistema renina-aldosterona a través de la PTH y la disfunción endotelial a través de la PTH, con aumento de la actividad simpática

ESTRUCTURA Y FUNCION CARDIACAS

Se ha observado HVI en el HPTP en muchos estudios, en especial en pacientes con hiperparatiroidismo de moderado a grave, con independencia de los efectos de la hipertension.

Se ha documentado disfuncion diastolica en el HPTP de moderado a grave, y se ha descrito una reduccion del cociente E/ A con una prolongacion del tiempo de relajacion isovolumetrico. Sin embargo, continua sin estar claro si este efecto es atribuible en mayormedida a la hipercalcemia o al exceso de PTH

RITMO

La hipercalcemia, y en particular un valor de calcio sérico > 12 mg/dl, reduce la fase de meseta del potencial de acción cardiaco ventricular y el periodo refractario efectivo.

Los signos electrocardiograficos en la hipercalcemia significativa incluyen acortamiento de los intervalos QT y QTc, aumento de la amplitud del complejo QRS, el máximo temprano y la pendiente negativa gradual de la rama descendente de la onda T, ondas T bifasicas y acortamiento del segmento ST

HIPOPARATIROIDISMO

HIPOPARATIROIDISMO

El hipoparatiroidismo se caracteriza por valores inadecuadamente bajos o indetectables de PTH en el contexto de una hipocalcemia.

ESTRUCTURA Y FUNCIÓN CARDÍACAS

Se han descrito casos de disminución de la función miocárdica, miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes con hipocalcemia aguda o crónica.

- puede estar relacionado con un deterioro del acoplamiento de excitación-contracción. Se ha observado reversión de la insuficiencia cardíaca y corrección de la miocardiopatía en algunos casos en que fue necesaria la corrección del déficit de calcio para obtener una mejoría clínica y hemodinámica.

RITMO

La prolongación del QT es la marca electrocardiográfica distintiva de la hipocalcemia y se debe a una prolongación de la fase de meseta del potencial de acción ventricular.

- Los cambios de la onda T no son frecuentes en la hipocalcemia, ya que la fase 3 del potencial de acción no se ve afectada.



ALDOSTERONA



ALDOSTERONISMO PRIMARIO

El aldosteronismo primario (AP), o hiperaldosteronismo primario, es un grupo de trastornos en los que la producción de aldosterona es inadecuadamente alta, con lo que se produce una supresión del sistema renina-angiotensina.

RIESGO CARDIOVASCULAR

El AP se asocia a hipertensión, disfunción endovascular y alteración del metabolismo de la glucosa. Los mecanismos que contribuyen a producir la hipertensión en el hiperaldosteronismo son la expansión del volumen plasmático a causa de la retención de sodio y líquidos y la vasoconstricción por depleción de potasio.

ESTRUCTURA Y FUNCION CARDIACAS

El hiperaldosteronismo causa un remodelado cardíaco mal adaptado y se ha asociado a HVI, fibrosis cardíaca y disfunción diastólica. También se ha observado que la aldosterona fomenta el depósito de colágeno, la activación de las células inflamatorias y la estimulación de la proliferación de fibroblastos.

LA SUPRARRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA BILATERAL EN PACIENTES CON ADENOMAS PRODUCTORES DE ALDOSTERONA O HIPERPLASIA SUPRARRENAL UNILATERAL NORMALIZA LA HIPOPOTASEMIA EN TODOS LOS PACIENTES, MEJORA EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN CASI TODOS Y OBTIENE TASAS HIPERTENSION RESUELTA A LARGO PLAZO DE UN 30- 60%.

FEOCROMOCITOMA

ELABORADO POR:
GRETA DEL VALLE

RIESGO CARDIOVASCULAR

SE REFIERE A

Tienen hipertension mas del 50% de los pacientes con feocromocitoma, y puede ser persistente o paroxistica.

SE HA DESCRITO
RESOLUCION DE LA
HIPERTENSION EN
ALREDEDOR DEL 50% DE
LOS PACIENTES TRAS EL
TRATAMIENTO QUIRU
RGICO SATISFACTORIO DEL
FEOCROMOCITOMA

ESTRUCTURA Y FUNCION CARDIACAS

SE REFIERE A

La accion del exceso de catecolaminas en el feocromocitoma puede conducir a miocardiopatía, cardiopatia isquemica, aturdimiento miocardico y, excepcionalmente, shock cardiogenico. La incidencia de miocardiopatía en los pacientes con feocromocitoma es de alrededor del 26%; sus manifestaciones principales son miocardiopatía dilatada y miocardiopatia hipertrofica

RITMO

SE REFIERE A

Los signos electrocardiograficos relacionados con el feocromo citoma son desviacion del eje a la derecha, mala progresion de la onda R, ondas T invertidas y prolongacion del QT. Si hay una lesion permanente del miocardio y se produce una miocardiopatia, puede haber signos de hipertrofia ventricular e isquemia en el electro cardiograma.