



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: resúmenes de clase

Nombre del alumno: Alinne Pérez Velasco

Grupo: "B"

Grado: Quinto semestre

Materia: Cardiología

**Nombre del profesor: Romeo Sánchez
Martínez**

Comitán de Domínguez Chiapas 13 de octubre de 2023

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es más frecuente conforme avanza la edad, ya que con el envejecimiento existe mayor acúmulo de lípidos en las fibras de elastina de las arterias, lo que facilita el incremento de depósitos de calcio en estas; además se incrementa el grosor de la capa media arterial y existe hipertrofia o hiperplasia de las células musculares lisas; genera un aumento en la sint. de colágeno y act. de las elastas. → Rigidez.

Factores de riesgo MODIFICABLES

- Obesidad
- Alcohol
- NaCl ↑
- Sedentarismo
- Diabetes y dislipidemia
- Enf. renal aguda o crónica
- Depresión
- Vit. D

Factores de riesgo NO MODIFICABLES

- Edad avanzada
- Hist. fam.
- Raza (negros, asiáticos, blancos)

DX: Monitoreo ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA)

- Promedio de 24 h. $\geq 130/80$ mmHg.
- Horas diurnas $\geq 135/85$ mmHg.
- Horas nocturnas $\geq 120/70$ mmHg.
- Promedio $\geq 135/85$ mmHg en determinaciones domiciliarias repetitivas durante el día.

Tx: No farmacológicas / Farmacológicas

Fármaco	Presentación	Dosis min	Dosis máx
IECA Lactopril	25-50 mg	25-50 mg/día	150 mg/día
Endalpril	10-20 mg	5-10 mg/día	40 mg/día
ARAII Losartán	50 mg	40 mg/día	25 mg/día
valsartán	40, 80, 160 mg	80 mg/día	160 mg/día
Blog. Ca ²⁺ Nifedipino	10 mg	30 mg/día	180 mg/día

SÍNTOMAS

- Cefalea
- Mareo
- Zumbido
- Problemas de visión
- Hemorragio nasal

----- Iniciar enpx de
 9 años → sist. ≥ 140 mmHg
 → Diast. ≥ 90 mmHg
 0 años → sist. ≥ 160 mmHg
 → Diast. 60-90 mmHg

Sx coronario agudo



Fisiopatología

Desequilibrio entre el aporte y la necesidad de O₂ del miocardio como consecuencia de uno o más de 4 trastornos que culminan en formación de trombo.

1) Rotura de una placa coronaria inestable, erosión de la misma, o un nódulo calcificado protruyente, forma trombo intraluminal coronario.

2) Vasoconstricción de arterias coronarias.
3) Estenosis intraluminal gradual.

4) ↑ necesidad de O₂ como producto de cuadros de fiebre, taquicardia y tirotoxicosis en presencia de una obstrucción coronaria epicárdica.

- El SCA incluye:

- ↳ Infarto del miocardio con elevación del segmento ST (IM CEST)
- ↳ Síndrome coronario agudo sin elevación del seg. ST
 - ↳ ° Angina inestable
 - ↳ ° Infarto del miocardio sin elevación del seg. ST

Síntomas claves

IM CEST

☞ Dolor agudo precordial (>20 min).

☞ Paciente con dolor precordial sin elevación constante del seg. ST.

☞ Elevación persistente del seg. ST.

☞ Cambios ECG:

Infarto agudo del miocardio

a) Infradesnivel del seg. ST. persistente o transitorio.

Necrosis cardíaca

b) Inversión de la onda T

↓ del aporte de sangre oxigenada al miocardio → afecta el flujo de sangre de las arterias coronarias epicárdicas o microcirculación coronaria → aterosclerosis.

c) Anormalidades inespecíficas del seg. ST y la onda T

d) ECG normal.

Tipo I

- Rotura de la placa aterosclerótica, ulceración - fisura = Trombo en una o más arterias coronarias
- erosión o disección

CRISIS HIPERTENSIVA

D M A

Scribe

Aprox. entre 1 y 2% de los pacientes con HTS desarrollará una crisis hipertensiva que puede ser clasificada como urgencia hipertensiva o emergencia dependiente en presencia de la disfunción aguda de un órgano blanco, respectivamente.

Se puede desarrollar en pacientes con o sin hipertensión crónica preexistente

Factores de riesgo:

- Edad
- Ancianos más comúnmente afectados.
- Hombres afroamericanos.

Cifras tensionales.
Sistólica ≥ 180 mmHg
Diastólica ≥ 120 mmHg

Si ← Daño a órgano blanco → No

Sintomatología

- Dolor en el pecho
- Desorientación
- Náuseas
- Vómitos
- Dolor de cabeza
- Dolor de estómago.
- Visión borrosa
- Ansiedad
- Convulsiones.

Emergencia hipertensiva

Urgencia hipertensiva.

Solicitar estudios auxiliares e iniciar tx farmacológico a órgano específico.

Tx general
Manejo farmacológico
vía oral o ajuste farmacológico y seguimiento.

- * Hemoglobina
- * Hematocrito
- * Glucosa plasmática en ayuno.
- * Hemoglobina glucosilada.
- * Colesterol y triglicéridos.
- * Potasio y sodio.
- * Análisis de orina
- * Creatinina.
- * Tasa de Filtración glomerular
- * Ácido úrico.
- * Electrocardiograma.

Hospitalizar.

Tratamiento:

Handwritten notes on a sticky note, partially obscured and illegible.

ENF. HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

D M A

Scribe

CLASIFICACIÓN

Hipertensión gestacional Se presenta después de la semana 20 de gestación, Proteinuria (+).

En el postparto (12 sem).
→ Cifras tensionales normales (hipertensión transitoria).
→ Cifras elevadas. (Hipertensión crónica).

Pre-eclampsia Presencia de cifras tensionales $\geq 140/90$ mmHg. Proteinuria > 300 mg/24h.

Creatinina sérica elevada (> 30 mg/lmmol). > 20 SDG o hasta 2 oemas postparto.

Pre-eclampsia con datos de severidad Cifras tensionales mayor o igual 160×110 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco.

Eclampsia Complicación de la pre-eclampsia severa, acompañada de síntomas neurológicos.

Hipertensión crónica Presencia de hipertensión arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg antes del embarazo, antes 20 SDG o hasta la sem. sexta postparto. asociada o no a proteinuria.

Hipertensión crónica más pre-eclampsia o eclampsia sobreagregada Hace referencia al desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia con una hipertensión crónica preexistente.

Placentación anómala que condiciona hipoxia e isquemia placentaria, asociado a disfunción del endotelio materno, posiblemente incrementado por predisposición inmunogenética y una inapropiada o exagerada resp. inflamatoria sistémica.

FIEBRE REUMÁTICA

Enfermedad inflamatoria, causada por reacción inmunológica previa a una infección faríngea por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) que afecta principalmente al corazón, articulaciones, piel, tejido conectivo subcutáneo y SNC. Su complicación más seria, la cardiopatía reumática puede resultar como consecuencia.

► Fisiopatología

Puede generar cicatrización de las válvulas del corazón, estrechándolas y provocando dificultad en el cierre y apertura de las mismas. → El corazón se esfuerza para bombear sangre al resto del cuerpo → Cardiopatía reumática → IC congestiva

► Factores de riesgo

Faringoamigdalitis causada por estreptococo beta hemolítico del grupo A en temporada de lluvia y en invierno.

► Sintomatología

- Fiebre
- Dolor abdominal
- Erupción cutánea de color rojo en pecho, espalda o abdomen.
- Debilidad.
- Nodulos cutáneos y/o hemorragias.

Criterios de Jones

- Carditis
- Artritis
- Nodulos subcutaneos.
- Corea menor (Sydenham)
- Eritema marginado

INSUFICIENCIA CARDIACA

► Insuficiencia cardiaca aguda (ICA)
Inicio súbito de signos y síntomas relacionados con el aumento de la presión telediastólica del ventrículo izquierdo → Condiciona disminución de la perfusión de órganos principales.

Puede presentarse de primera vez o como exacerbación de la ICC.

Factores de riesgo

- Sx coronarios agudos.
- Fibrilación auricular
- Taquil. ventricular
- Emergencia hiper.
- Endocarditis.

Los perfiles hemodinámicos de Mohr son muy útiles, permiten clasificar al paciente con ICA de acuerdo a signos de congestión y perfusión.

► Diagnóstico

* Péptido natriurético cerebral (BNP o pro-BNP)

↳ P_x con sospecha de ICA $BNP < 100 \text{ pg/ml}$ $pro-BNP < 300 \text{ pg/ml}$ } descartar ICA

* $BNP > 100 \text{ pg/ml}$ $pro-BNP > 300 \text{ pg/ml}$ } Realizar ecocardiograma transitoria

* Iniciar tratamiento y establecer el pronóstico, clasificar a los p_x de acuerdo a perfiles clínicos hemodinámicos de Mohr.

- Seco y caliente
- Seco y frío
- Húmedo y caliente
- Húmedo y frío.

* No se recomienda el uso rutinario del monitoreo hemodinámico por medio de cateterización de arteria pedm.

* Se sugiere el uso de monitoreo no invasivo.