



Mi Universidad

Resumen

Dulce Mirely Torres Narvaez

Resúmenes

Primer parcial

Cardiología

Dr. Romeo Suarez Martínez

Medicina Humana

5° C

Comitán de Domínguez a 13 de octubre del 2023.

HIPERTENSION.

¿Qué es?

- Condición médica caracterizada por un incremento permanente de los valores de presión arterial

¿Cómo se determina?

Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria ↑

Clasificación

- Primaria / Secundaria
- Sistólica / Diastólica
- Según sus cifras

Factores de riesgo

- Raza negra Sedentarismo
- Obesidad Tabaquismo
- Edad / Sexo

Hipertensión Primaria

- Sin causa
- Específica / conocida

Hipertensión Sec.

- Causa específica / problemas de salud
- Pilobias antiemep. tivas, obesidad y problemas renales

Hipertensión

- Regulación simpática, disfunción endotelial, Sistema renina angiotensina

Síntomas

- Náusea y vómitos
- Cefalea occipital
- Palpitaciones

Determinantes PA.

- Factor hormonal F. incluyen sobre la resistencia periférica,
- F. Influyen sobre el gasto cardíaco

Farmacos

HIPERTENSION ARTERIAL

¿Cómo se diagnostica?

Clínico

Perfil presión arterial

Pruebas de laboratorio

Tratamiento

Farmacológico

No farmacológico

3 tipos de fármacos

Las estatinas

Los fibratos

Resinas catiónicas

Dieta equilibrada

↓ Peso corporal

Realizar actividad f.

Limitar alcohol

No fumar

Controlar estrés

Determinante PA

Factores

Factor hereditario

Algunos factores

F. factores ambientales

Factores ambientales

F. factores de riesgo

Factores de riesgo

F. factores de riesgo

Factores de riesgo

Dulce Mirely Torres Narvaez

CRISIS HIPERTENSIVA.

¿Qué es?

↑ brusco de PA acompañado de
síntomatología brusca clínica.

Factores de riesgo

- Control inadecuado TA.
- Edad avanzada / Femenino
- Obesidad / Hipertensión
- Consumo ↑ de sal
- Enf. renal crónica
- SAOS.
- Causas adrenales.

Emergencia

Mayor gravedad y
peor pronóstico
por **daño agudo a
órgano blanco.**

Reducir 120-25%
de la TA media
la primera hora

FISIOPATOLOGIA.

Puede deberse a:

- ↑ volemia por retención de NA y agua
- ↑ de los RVS por vasoconstricción.

Clínica.

Mayoría asintomática

- Dolor torácico
- Disnea
- Deficit neurológico
- Cefalea / Mareo
- Atetia / Nauseas
- Visión borrosa
Hematuria.

Urgencia

↑ aguda de las
cifras tensionales
sin provocar **afeción
de órgano blanco.**

Tx con cualquier
hipertensivo VO
con inicio acción rápida

Diagnostico

Historia clinica

Estudios laboratorios

BH, Qs, ECG

- E. Gabinete

Torax, TAC,

Craneal y

Abdominal.

- EKG.

Tratamiento

1.- Dinitrato Isosorbide

IV (frasco ampolleta

100 mg (1mg / 1ml):

Dosis: 2-8 mg / hora.

2.- Nitroglicerina IV

frasco 10ml (5mg / 1ml)

Dosis: 2-10 mg / Kg / minuto

3.- Nitroglicerato IV sol

50 mg / 2ml:

Dosis: 0.2-10 mcg / Kg / min

1.- IECA

Captopril: 25mg C/6hr

Enalapril: 10mg C/12hrs

max: 40mg / dia

2.- Beta bloqueadores

Metoprolol: 50-100 mg C/12

Atenolol: 50mg C/12-24hrs

3.- ARA II

Losartan: 50 mg c/12hr

Candesartan: 8-16 mg C/24

Telmisartan: 40-80mg C/24

SINDROME CORONARIO AGUDO.

¿Qué es? ...

Afección provocada por una reducción repentina o un bloqueo de la irrigación sanguínea del corazón.

Infarto Tipo 1.

Conjunto de identidades producidas por erosión o rotura de una placa que determina la formación de un trombo coronario.

Presentación clínica

- > Angina de pecho estable
- > Isquemia silenciosa
- > Angina inestable
- > Infarto agudo al miocardio
- > Falla cardíaca
- > Muerte súbita.

¿EKG?

De forma precoz un electrocardiograma para dividir los ptes con SCA.

↑ del segmento ST

→ Oclusión total, trombo rojo rico en fibrina, trombolitos y agregantes

Sin elevación segmento ST.

→ Oclusión parcial, trombo blanco rico en plaquetas, antiplaquetarios, anticoagulantes.

Tríada diagnóstica

- > Dolor torácico (20-30% atípico)
- > Cambios EKG.
- > ↑ enzimas.

Angina inestable.

- > Recien comienzo
- > Reposo / Post infarto
- > Historia clínica
- > Dolor < 10 minutos

Medicamentos

Infarto con ST elevado.

Meperidina y morfina diluida,
pequeña cantidad AINES contraindicado
por ruptura miocárdica.

Infarto inferior

Meperidina

Infarto anterior

Morfina

FIBRINOLITICOS

Cuando se usan?

- Dolor torácico clásico
- De IAM < 12 hrs
- Supra ST ≥ 1 mm 2 \geq Centígrafos
- Bloqueo rama izquierda

- Reducen mortalidad
- \geq tamaño trombo
- Conserva función ventricular

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.

¿Qué es?

Conjunto de trastornos de origen multisistémico, ↑TA en el embarazo causa problemas.

¿Cómo (se) clasifica?

Hipertensión crónica

Preeclampsia
Eclampsia

Preeclampsia
sombrecueta

TA \geq 140- / 90 mmHG

TA \geq 140 mmHG

TA \geq 140/90 mmHG

Diagnóstico

Diagnóstico

Diagnóstico

La 20° SG, va a presentar ausencia de proteinuria.

20 SG habra edema, proteinuria y convulsiones.

Antes de la 20 SG y si hay ausencia de la proteinuria.

HT transitoria

Asociado a preeclampsia, persistir a los 12 semanas postparto.

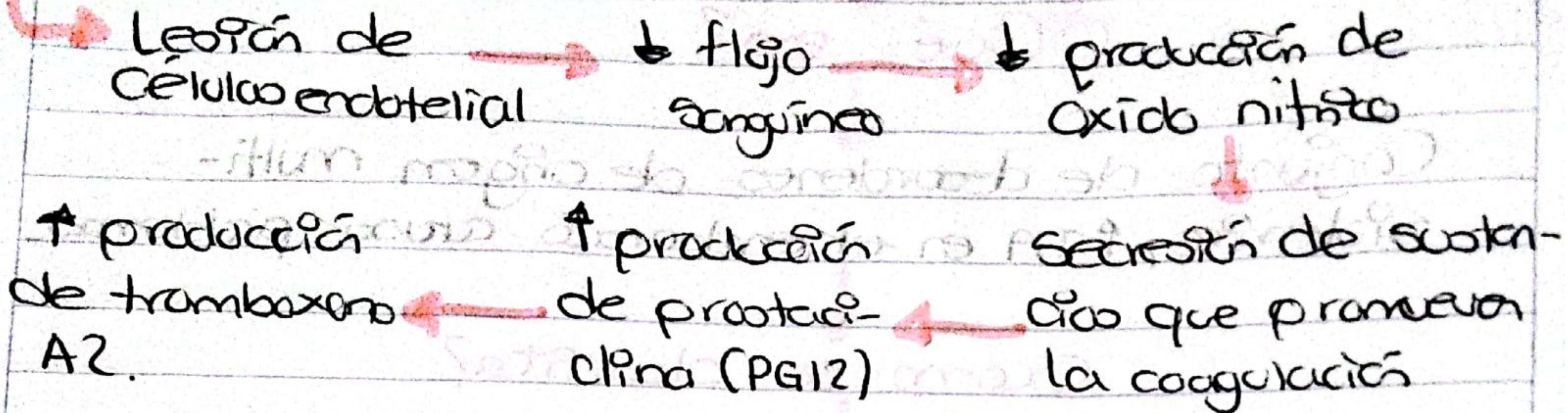
Factores de riesgo.

- Edad
- Paridad

- Desnutrición crónica
- Herencia

- N. Socioeconómico ↓

FISIOPATOLOGIA.



TRATAMIENTO.

Dependerá del tipo de hipertensión: G.S.A.T

Farmacológico

No farmacológica

Por VO: alfame-
tilidopa, labetalol,
betabloqueadores

Reposo / cama
Dejar de fumar
Dieta balanceada

Si TA aumenta
bruscamente.

Por vía parenteral

Labetalol, hidralazina
y clonidina

INSUFICIENCIA CARDIACA

Definición

Es un síndrome clínico complejo, consecuencia del deterioro estructural y funcional del llenado Ventricular o de la eyección de sangre.

Ocurre cuando el corazón no es capaz de bombear la sangre necesaria para que los tejidos y órganos funcionen con normalidad.

¿Por qué ocurre?

Al tener una patología cardíaca se forma una **difusión miocárdica** a lo cual provoca

- Disminución del GC. → Arritmias
- Valvulopatías → Hipertrofia y dilatación ventricular
- Estenosis

IC IZQUIERDO.

- Inadecuante bombeo por parte del Ventrículo izquierdo hacia la circulación.
- Provoca **congestión pulmonar** al ↑ líquido en los pulmones

Síntomas

- ↓ Gasto cardíaco.
- ↑ FC
- Disnea
- HTA.
- ↓ SO_2

IC DERECHO.

- Insuficiente bombeo del ventrículo derecho hacia el ventrículo izquierdo desde la circulación.
- Puede provocar congestión de los tejidos periféricos y vísceras.
- Genera cardiopatía pulmonar.
- Hepatomegalia, ascitis, edema > 5x.

Diagnostico

- Criterios de Framingham
- ECG / examen de sangre.
- Test de esfuerzo

¿En que etapas consiste?

- ① Sin limitaciones para realizar actividad física
- ② Limitación leve para realizar actividad física (Actividad física habitual provoca disnea).
- ③ Limitación marcada para realizar act. física. (Act. física menor a lo habitual o: menor esfuerzo causa síntomas).
- ④ Incapacidad para realizar act. física sin ox.
- ⑤ Síntomas en reposo.

Síntomas clásicos

- Fatiga
- Disnea de esfuerzo
- Ortopnea
- Derrame pleural
- Hepatomegalia
- Palidez / cianosis

Síntomas atípicos

- Ocurren en adultos mayores
- Debilidad
- Somnolencia.

TRATAMIENTO

Restricción de sal 2g diarios max.
Disminución de peso
Ejercicio

FARMACOS.

IECA → Enalapril

ARA₂ → Losartan, valsartan

Vasodilatadores → Hidralazina, isosorbida

Beta bloqueadores → Carvedilol

Diuréticos → Furosemida, hidroclorotiazida.

Antagonistas → Espinacetana.



FIEBRE REUMÁTICA.

¿Qué es?

Enfermedad inflamatoria que se presenta después de una infección con los bacterias estreptococos del grupo A.

Factores de riesgo

- Pobreza
- Edad (5-14 años)
- Sexo (frecuente femenino)

Epidemiología

- Incidencia anual $< 0.5 / 100,000$
- Países desarrollados $> 100 / 100,000$
- Subdesarrollados 500,000 n. casos
- Muertes 230.000.

Fisiopatología

Período de latencia entre la infección (estreptococo pyogenes) desencadena la aparición de la enfermedad.

Manifestaciones clínicas

- Artritis → produce una poliartriti
- Carditis → Hallazgos principales (ICA, enf. valvulares cardiacas)
- Fiebre
- Artralgia, poliartalgia
- Eritema marginado
- Nodulos de Aschoff

Diagnostico

Segun criterios de Jones.

A: Px con evidencia de infección de streptococos del grupo A.

FRA inicial: 2 criterios mayores + 2 menores

FRA recurrente: 2 mayores y 2-3 menores

B: Criterios principales para poblaciones de:

Bajo riesgo: Carditis, artritis, corea, eritema.

C: Criterios para poblaciones:

Bajo riesgo: poliartralgia, fiebre, VSG > 60 mm

Riesgo moderado: Monoartralgia, fiebre, VSG > 60 mm

Criterios de Jones

Mayores

- Artritis
- Nodulos debajo de la piel
- Corea, corea de Sydenham.
- Eritema cetrineo.

Menores

- Fiebre
- Tos elevada
- Artralgia
- ECG anormal.

Tratamiento.

• Penicilina VO (500 mg / 2-3 día)

• Amoxicilina VO (500 mg / 2 al día)

• Penicilina G Benzatínica

1.200.000 u.

Alergicos a
beta lactámicos

• Azitromicina (500 mg / día)

• claritromicina (250 mg) 3 v día

• clindamicina (300 mg / 3 día)

Pronóstico.

→ La fiebre reumática

pueden causar proble-

mas cardiacas graves

y daño al corazón

→ Adolescentes y adultos

jóvenes, necesitarán

tomar antibióticos por

al menos 5 años

INSUFICIENCIA ARTERIAL VENOSA.

¿Qué es? (Mas común)

Incapacidad de las venas de realizar su retorno venoso, desde las extremidades inferiores al corazón.

Etiología

Factores de riesgo.

- Multifactorial
- ↑ de la presión venosa causada por bipedestación
- ↑ presión intraabdominal
- Fx congenitas y familiar
- > edad, > riesgo.
- Historia familiar de varices
- Obesidad / Embarazo
- Sedentismo
- Ortostatismo prolongado

Fisiología.

Venas circulación mayor

Circulación Venosa M Inferior.

1. Retorno de sangre
2. Función de reservorio
3. Termoregulación
4. Intercambio de líquidos extravasculares

Contracción → Cierre de valvulas en canales perforantes.
Regulación → Valvulas se abren.

Cuadro clínico.

- Sensación de pesadez en piernas
- Edema pretibial
- Prurito
- Venas dilatadas
- Canchales
- Dolor crónico y puntante

Diagnóstico

Interrogatorio

Pesadez, dolor de las extremidades inferiores de predominio vespertino

Exploración física

Telangiectasias (signos tempranos)
Hiperpigmentación
Atrofia blanca

Estudio de arco

Medición cruenta de presión venosa en vena del dorso del pie (20-30 mmHg)

Clasificación CEAP

- C0 = Ausencia de signos
- C1 = Telangiectasias
- C2 = Venas varicosas
- C3 = Edema del tobillo
- C4A = Pigmentación o eccema
- C4B = Lipodermatoesclerosis
- C5 = Úlcera cicatrizada
- C6 = Úlcera abierta

Clasificación morfológica

- Telangiectasias o arcos
- Vacuolares
- Varices reticulares
- Varices truncobares

Tratamiento

Farmacológico

- Hidroquinonas o dobesilato de calcio
- Ácido ascórbico
- Gammabenzopiranos
 - Diosmina, hesperidina,
 - hidroximina y troxerutina

No farmacológico

- ↓ Sobrepeso
- Evitar sedentarismo
- Actividad física
- Dieta rica en fibra
- Usar prendas y calzado adecuado

TROMBOSIS ARTERIAL Y VENOSA.

¿Qué es?

La trombosis es una activación inapropiada de la coagulación de la sangre en vasos sin dañar o la oclusión trombótica de un vaso.

Arterial

Venosa

Arteriosclerosis

Trombosis venosa

profunda (TVP).

A acumulación de calcio en la pared arterial

A acumulación de fibrina que da lugar a un trombo.

Fx de riesgo

Fx de riesgo

- >60 años
- Hipertensión (HTA)
- Cardiopatía isquémica
- Dislipidémico
- Tabaquismo

- >60 años
- Embarazo y puerperio
- Trombofilia
- Obesidad
- Cáncer

Clasificación

Clasificación

Aguda - Embolismo

90% de los embolos de enf. inferiores

Primaria

TVP idiopática

Síndrome de paget

Causas

Estenosis M

Infarto miocárdico

Diagnóstico

Ampliación

Dolor

Hallazgos de isquemia

crónica

Tratamiento

Anticoagulante

Aguda - Trombosis

Px con isquemia arterial

Diagnóstico

Ausencia de pulso

Tratamiento

Farmacológico

Ciotatazol: 200mg q/12hrs
de 3-6 meses

No farmacológica

No utilizar ropa ajustada

Actividad física

Mantener extremidades

protegidos del frío.

Secundaria

Cateter venoso central

Marcapasos

Tromboembolia

Neoplasia

Diagnóstico

Ecografía / TAC

Evaluación del flujo

doppler

Criterios de Wells

Sx clínicos de TVP 3pts

Otros dx menos probable 3pts

FC > 100 1.5pts

TVP / TEP previo 1.5pts

Tratamiento

Anticoagulación con
heparina inyectable

Anticoagulante oral

(warfarina)

- Eotatines

Tratamiento HIPERTENSIVOS.

Principio activo	Dosis/día	Presentación	Tiempo	Efectos adversos
Hidroclorotiazida	12.5 a 100 mg/día	Tabletas 25 mg	Indefinido	Anorexia, náuseas, vomito, dolor abdominal.
Clortalidona	12.5 - 50 mg/día	Tabletas 50 mg	Indefinido	Hiper glucémica, hiper calémica.
Captopril	25-100 mg/día	Tabletas 25mg	Indefinido	Tos, proteinuria.
Enalapril	10-60 mg/día	Tabletas 10mg	Indefinido	Tos, proteinuria.
Nifedipina	30-60 mg/día	Tabletas 30mg	Indefinido	Edema, rubor, cefalea, taquicardia
Verapamil	80-480 mg/día	Tabletas 80 mg	Indefinido	Hipotensión, bradicardia, náuseas, rubor edema
Clorhidrato de propranolol	40-120 mg/día	Tabletas 10 y 40 mg	Indefinido	Bradicardia, bronco espasmo.
Tratado de metoprolol	50-300 mg/día	Tabletas 100 mg	Indefinido	Hipotensión, ortostática, mareos, síncope.
Clorhidrato de prazosin	2-8 mg/día	Tabletas 1-2 mg	Indefinido	Hipotensión ortostática, mareos, síncope
Losartan potasio	25-200 mg/día	Tabletas 50 mg	Indefinido	vertigo, hipotensión, rash.
Felodipino	5-10 mg/día	Tabletas 5mg	Indefinido	Edema, rubor, cefalea y taquicardia.
Hidralazina	50-100 mg/día	Tabletas 10 y 50 mg	Indefinido	Hipotensión, cefalea, lupus.
Ácido acetilsalicílico	150 mg/día	Tabletas 300 mg	Indefinido	Tinnitus, prolongación de tiempos de coagulación.
Clopidogrel	75 mg/día	Tabletas 75 mg	Indefinido	Neutropenia, trombocitopenia
Esmolol	50-100 mg/día	Ampula 250mg/ml	Dosis respuesta	Hipotensión, náusea, bronco-espasmo
Nitroglicerina	50mg en 100 unidades	Ampula 50mg/ml	Dosis respuesta	cefalea, hipotensión, taquicardia

Condición	Meta	Terapia 1 ^o línea	Terapia 2 ^a línea	Observaciones
Hipertensión arterial, diastólica con o sin hipertensión sistólica >140/90mmHg	>140/90mmHg	Diuréticos de tiazidas, IECA o ARA II. Considerar el inicio con combinaciones de fármacos de 1 ^a línea si la PA sistólica es ≥ 20 mmHg	Combinaciones de fármacos de 1 ^a línea	No se recomienda monoterapia con BB en enfermos ≥ 60 años. Vigilar presencia de hipocalcemia.
Hipertensión arterial sistólica aislada		Diuréticos, ARA II Tiazidas	Combinaciones de fármacos 1 ^a línea.	
Adulto mayor con HAS sistólica aislada con ausencia de IC.	<150 mmHg 70 años	Diuréticos IECA		Titular dosis de diuréticos y lo CA No se recomienda BB.
Diabetes mellito con microalbuminuria enfermedad renal cardiovascular	<130/80 mmHg	IECA o ARA II	Combinación con CA.	Considerar un diurético de asa en enfermos con nefropatía.
Síndrome metabólico	<140/90 mm/Hg	IECA o ARA II CA		
Enfermedad cardiovascular Angina estable	>140/90 mmHg	IECA o ARA II BB	Agregar CA. CA.	Evitar CA con nifedipina y combinación IECA.
Infarto del miocardio reciente	>140/90 mmHg	BB, IECA, ARA II	Agregar CA si BB está contraindicado	Vigilar los datos de falla cardíaca aguda
Insuficiencia cardíaca	>140 mmHg	Diuréticos (ASA o ahorrador de potasio)	IECA	Titular dosis de IECA o ARA II.
Hipertrofia ventricular. Izq.	>140 mmHg	IECA o ARA II Diuréticos tiazidas	Combinación de 1 ^a generación	
Insuficiencia renal	130/80 mmHg	IECA o ARA II		
Nefropatía no diabética con proteinuria	140/90 mmHg	IECA o ARA II Diuréticos	Combinación de fármacos de 1 ^a línea	Monitoreo de la función renal y de niveles de potasio.