



Nombre del Alumno: Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Parcial: CUARTO

Nombre de la Materia: Medicina Interna

Nombre del profesor: Dr. ROMEO SUÁREZ MARTÍNEZ

Semestre: SEXTO

Comitán de Domínguez Chiapas 13 DICIEMBRE 2024

Síndrome coronario agudo

- Afecciones asociadas con un flujo ↓ súbito al ♥.

• 765 años

- Signos de necrosis miocárdica:

- Onda QR en V1-V3 ≥ 30 ms
- Onda S anormal en I, II, aVL, aVF o V4-V6.

Presentaciones clínicas:

- Isquemia asintomática
- Angina de pecho estable
- Angina inestable
- Infarto del miocardio
- Insuficiencia cardíaca
- muerte súbita.

> Dolor torácico hipopresivo.

- * Cara anterior: V2-V4 V3-V4,
- * Antero-septal: V1-V3 V1-V2
- * Apical o lateral: V4-V6 V5-V6
- * **Cara inferior: II, III y AVF. + común**

Categorías de px:

1. Px. con dolor torácico agudo típico y elevación persistente (>20 min) del segmento ST.

- SCA con elevación del seg. ST (SCA-EST)
- Oclusión coronaria aguda total.
- Se desarrolla un IAM con ↑ del ST.
- Tx: Reperusión rápida, completa y sostenida mediante angioplastia Iria. o tx. fibrinolítico.

2. Px. con dolor torácico agudo pero SIN ↑ del ST. ISQUEMIA

- IAM sin ↑ ST
- Angina inestable.
- Aliviar isquemia y síntomas.

3. Angina de pecho

Estable / Inestable

Fisiopatología:

- Manifestación de la aterosclerosis
- Trombosis aguda. → In inflamación
- Etiología aterosclerótica



Diagnóstico:

- Clínica (síntomas atípicos)

- 1. Disnea 49%
- 2. Diaforesis 26%
- 3. Náuseas } 24%
- 4. Vómitos }
- 5. Síncopa 19%
- 6. Hipotensión 60% ±
- 7. Insuficiencia cardíaca

- ECG:

- 1. Primeros 10 min.
- 2. Signos de isquemia: →
- ISQUEMIA ↓ ST ≥ 0.5 mm. en 2 derivaciones contiguas
- ↑ ST ≥ 1 mm en 2 o + deri contiguas.
- ↑ ST ≥ 2 mm en 2 o + deri contiguas
- Bloqueo de rama izq.

* Elevación ST > 2mm hombres } Derivaciones contiguas
ST > 1.5mm mujeres }

- Marcadores de daño miocárdico

- Mioglobina
- CKMB
- Troponina I + específico

I V1-V2
 II V3-V4
 III V5-V6
 aVF, DII, DIII
 DI-AVL

- Ecocardiograma → Función sistólica del ventrículo izq.

Falla cardíaca → BNP/PRO-BNP

Clasificación Grace o TIMI RISK

SCORE: (Riesgo de mortalidad).

- Riesgo elevado: Inestabilidad hemodinámica, Arritmias ventriculares graves.
- Riesgo intermedio: Angina de reposo, Onda T negativa.
- Riesgo bajo: Sin riesgos elevados ni intermedios.

Tratamiento SCA-EST x ✓

Escala Killip y Kimball.

• Antiagregantes:

- > AAS 100-335 mg
- > Clopidogrel 300 mg

• Anticoagulantes

- > Enoxaparina 1mg/kg/12h
- > Fondaparinux 2.5mg/24h
- > Dalteparina 120 UI/kg/12h
- > Nadroparina 86 UI/kg/12h

• Inhibidores GP/IIb/IIIa:

- > Abciximab 0.25 mg/kg
- > Eptifibatida 180 µg/kg
- > Tirofiban bolo de 12 µg/kg.

→ Iro. Fibrinolisis y después farmacológico del ↓ ST.

Tratamiento SCA-EST ↑ ✓

• Fibrinolisis → 2h. estreptocinasa, alteplase.

• Indicaciones: CV, ACV, PUEVIOS.

- > Clase 1: Síntomas Iras. 12 hrs
- > Clase 2: Entre 12-24 hrs.
- > Clase 3: No debe adm. fibrinolisis en px. asintomáticos. Síntomas > 24 hrs.

• Intervencionismo coronario percutáneo. a las 2h. con elevación o no → cateterismo cardíaco.

Farmacos antiangi-nosas: Betabloqueadores, nitratos, bloq Ca, IECAs, Estatinas.

Insuficiencia cardiaca congestiva

etend.

Afectación estructural o funcional del llenado ventricular o de la expulsión de sangre, mo. cardinales de disnea, fatiga y retención de líquidos

Estado patológico en el que el gasto cardiaco es insuficiente para cubrir las demandas metabólicas fisiológicas.

Causas:

- 1. Hipertensión
- 2. Enf. coronaria
- Inf. resp
- Hipotiroidismo/hiper
- Anemia
- Isquemia miocárdica

Cardiopatía HT, < cardiopatía isquémica

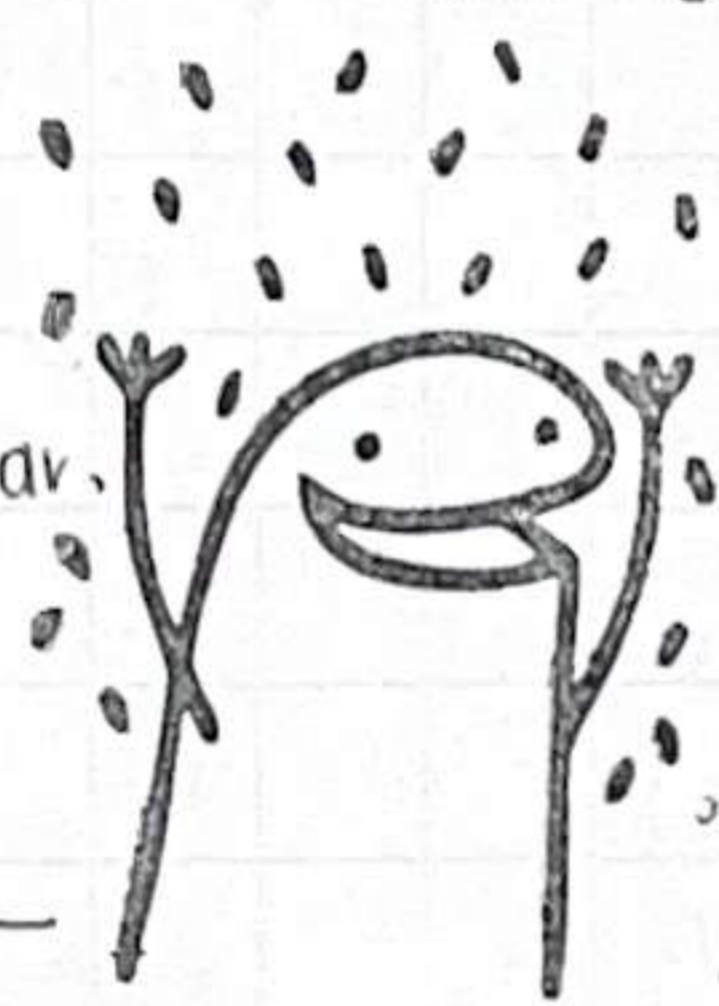
Fisiopatología:

- 1. Disfunción sistólica y diastólica
 - > IC con función sistólica conservada p/alt. diastole ventricular o disfunción diastólica.
 - 75% ancianos
 - + frec. en diabeticos, mujeres, obesos

excelente

Fases del llenado ventricular:

- 1. ↑ vol.
- 2. ↑ GC
- 3. Vasos
- 4. ↑ fuerza de contracción del miocardio.
- 1. Rápida isovolumétrica act. de relajación (80% de llenado ventricular)
- 2. Fase pasiva (20% del llenado ventricular, coincide con contracción auricular).



Criterios de Framingham:

Dx: 2 mayores o 1 y dos menores

- a) Criterios mayores:
 - > Disnea paroxística nocturna
 - > Ortopnea
 - > Ingurgitación yugular
 - > Crepitantes
 - > 3er. tono
 - > Edema pulmonar radiológico.
- b) Criterios menores:
 - > Edema en piernas
 - > Tos nocturna
 - > Disnea de esfuerzo
 - > Hepatomegalia
 - > Derrame pleural.
 - > ↓ 4.5 - 5 kg en 5 días tras tx.

Diagnóstico:

- Radiografía de tórax: cardiomegalia, derrame pleural, líneas B de Kerley. → cardiomegalia, EA pulmón
- ECG: Objetiva ritmo - FC, alt. de ritmo, bloqueos de rama, FA.
- Péptidos natriuréticos **BNP** y **NTpro BNP**: Secretadas plmiocitos p. sobrecarga de vol. o presión. Se ↑ en disfunción sistólica o diastólica.
- > 50 a: 450 pg/ml.
- 50-75a: 900
- > 75: 1.800
- **Ecoardiograma**: Morfología y FEVI

Tratamiento no farmacológico:

- Evitar sal
- Evitar la hipovolemia.
- Control de peso.
- Abandono de tabaco y alcohol.
- Ejel. 20 min 3d/semana.

Tratamiento farmacológico:

- Control de la FC: β-bloqueadores, digoxina.
- HTA: ARA II (valsartan, losartan).
- Sobrecarga de vol: Furosemide, espironolactona.
- Mejora de precarga y post carga: **ISGLT2** (dapaglifozina 10 mg vo c/24 h).
- FEVI reducida: ARA II / Inhibidor de la neprililina (sacubitrilo/valsartan 50 mg vo c/24 hrs).

Criterios de la sociedad Europea de Cardio:

- Síntomas típicos: Disnea en reposo, edema, fatiga.
- Signos típicos: Taquiltaquiped, crepitantes pulmonares, derrame pleural.

Clasificaciones:

- Tiempo: Aguda y Crónica
- Cuidad: Dere, izq, biventri
- FEVI: Conservada y reducida
- Clase funcional: NYHA y AHA

Crónica: signos y síntomas meses-años + común HTA mal controlada.

Aguda: Aparición rápida o det. de síntomas Sx. coronario, disfunción valvular, urg, hipertensiva.

Dispositivos en la IC:

- Desfibrilador automático implantable (DAI).
- Terapia de resincronización cardiaca (TRC): Px. disfunción ventricular izq y complejo QRS > 120ms. en clase II-IV NYHA.

manifestaciones clínicas:

- **Izquierda**
 - HTA
 - Disnea p.n
 - Congestión
 - Cianosis
 - Fatiga
 - Ortopnea
- **Derecha**
 - Asitis
 - Hepatomegalia
 - ↑ PA venosa y central.
 - Ingurgitación yugular

- * Miocardiopatía dilatada + frec P/disturción ~~diastólica~~ ^{sistólica}.
- HTA * Miocardiopatía hipertrófica + frec P/disturción diastólica.
- * Miocardiopatía restrictiva + frec P/disturción diastólica.

Clasifica
FEVI

Hipertensión arterial

- * PAS 120/129 mmHg * PAD 80/89 mmHg
- HTA en ancianos: $\geq 140/290$ mmHg.

Estadio I: (PAS 140-159 mmHg) (PAD 90-99 mmHg)
Estadio II: (PAS ≥ 160 mmHg) (PAD ≥ 100).

→ Factores de riesgo:

1. Dislipidemia
2. DM
3. obesidad
4. Microalbuminuria
5. Hiperhomocisteinemia
6. Gota
7. Osteoartritis
8. Artritis.

→ Epidemiología:

- 60-69 años
- 3/4 (≥ 70 años).
- Presión sistólica responsable de la incidencia.

→ Diagnóstico:

- Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)
- ECG → Hipertrofia del VI.

→ Fisiopatología:

- ↑ edad = ↑ HTA
- Cambios de estructura y funcionamiento.
- ↓ distensibilidad de grandes vasos provocando ↑ PAS, ↑ O₂, ↑ estenosis coronaria.
- Alt. en la regulación autonómica = Hipotensión ortostática.
- Disfunción renal progresiva: ↑ Na cel.

→ Tratamiento:

- No farmacológico: Cambios en el estilo de vida
- Farmacológico:
 1. Diuréticos de asa (Clortalidona) (furosemida)
 2. Bloqueadores de K⁺ (Amilorida, espironolactona)
 3. Betabloqueantes (na) (atenolol, bisoprolol, propranolol)
 4. IECA (captopril, enalapril)
 5. ARA II (Losartán, candesartán)
 6. Vasodilatadores (hidralazida, minoxidil)

→ Causas secundarias:

- Estenosis art. renal
- Apnea del sueño
- Hiperaldosteronismo primario.
- Enf. tiroideas
- Tabaco y alcohol.
- Medicamentos (AINE)

* HTA factor de riesgo para ictus y hemorragias cerebrales.

* HTA ↑ infarto de miocardio. (65a. hombres) (74a. mujeres).

* HTA causa IC mediante la hipertrofia del VI, ↑ grosor pared ventricular.

* HTA causa FA.

* IMC (18.5-24.9 kg/m²)

* Na⁺ (no más de 100 mEq/l)

* Act. aeróbica al menos 30 min.

* No alcohol.

→ Aneurisma de aorta abd:

- Dilatación de la aorta ≥ 30 mm de diámetro anteroposterior.
- 75-84 años.
- Dolor centrotorácico y en espalda = Diseción aguda de aorta.

→ Enf. arterial periférica:

- Claudicación intermitente, dolor en reposo, isquemia, amputación.

→ Enf. renal crónica:

- FG < 60 ml/min / 1.73m².

→ Alt. oftalmológicas:

- Retinopatía (hemorragias, exudado, edema de disco) daño a órgano diana.
- Presencia de ictus
- Oclusión de la art. retiniana.

excelente



Elena

Neumonía

- Proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso **también en alveolos**
- NAC: Afecta a población general inmunocompetente no ingresada en el hospital.
- Neumonía nosocomial: Adquirida en el hospital (a partir de las 48 hr. del ingreso).
- Asociada a ventilación mecánica: 48 hr. de intubación
- Neumo relacionada con el medio sanitario: Px. hospitalizados al menos 48hr en los 3 meses previos.

Epidemiología:

- 1.6 y 19/1.000 habitantes por año.
- Ancianos 25-40 casos por 1.000 habitantes al año.
- >85 años **>65 años**
- Relacionado a EPOC
- Influenzae, pneumoniae, S. pneumoniae.
- M. catarrhalis.

Fx. riesgo:

- Edad avanzada
- Hábito tabáquico
- Alcoholismo
- Obesidad
- HTA - DM
- Malnutrición
- Comorbilidad (EPOC)
- Inf. viral reciente
- Fármacos (mórficos, anticolinérgicos, sedantes).

Etiología:

- Tipica**
- Streptococcus pneumoniae ①
- Haemophilus influenzae ②
- Chlamydia pneumoniae atípica
- > VIRUS
 - Influenza A y B
 - Parainfluenza
 - VSR
 - Adenovirus.
- > Neumonía nosocomial
 - E. coli
 - Klebsiella pneumoniae
 - Pseudomonas aeruginosa
 - Metilina resistente del estafilococo.
- Bacteriana
 1. Típica
 2. Atípica. (TB)
- Virales
 - 1. Atípicas
 - * AVES
 - Chlamydia psittaci
- Jilovecci → VIH (Trimetoprim-sulfa)

Clínica:

- Tos
- Expectorcación
- Dolor torácico
- Fiebre > 37.8°C
- Escalofríos
- Disnea.
- FR > 25 rpm
- Estertores
- NO RESP:
 - > Descompensación
 - > Sx. confusional agudo
 - > Apatía
 - > Hiporexia
 - > Det. funcional.
- + frecuente, peor pronóstico

Diagnóstico:

- Lab.
 - Hemograma (2 seriados) **Hb, QS**
 - Función renal y hepática
 - Iones
 - Gasometría
- Imagen
 - Rx. tórax (derrame pleural, cavitaciones) **gold standard.**
 - TAC viral.
 - Exudado nasofaríngeo: PCR, virus y m.o. atípicos.

Dx. diferencial:

- Neoplasias: Carcinoma broncogénico, metastásis, linfoma.
- Tromboembolismo pulmonar o hemorragia pulmonar.
- Enf. de origen inmunológico: Vasculitis de Wegener, aspergilosis pulmonar alérgica.
- Miscelánea: Insuficiencia cardíaca, sarcoidosis, neumonía eosinofílica.

Escala para gravedad:

- PSI (evalúa factores demográficos, antecedentes patológicos y hallazgos clínicos).
 - * Px. tipo 1, 2, 3 → Tx. domicilio
 - * Px. tipo 4 y 5 → Ingresar al hospi.
- CURB-65 (confusión, urea, resp, TA, 65 años).

Tx. NAC:

1. Ambulatorio:
 - Amoxicilina 500 mg VO c/8h x 7-10d
 - Macrólidos (claritromicina o azitromicina).
2. NAC ingreso en hospital:
 - Quinolona en monoterapia: levofloxacino 750 mg
3. NAC ingreso UCI:
 - Beta-lactámico (ampicilina, sulbactam, cefotaxima) 1 gr.
 - * (ceftria + claritro).
4. NAC causada por SAMR:
 - Vancomicina o linezolid.
 - Vanco con levofloxacino.

Criterios de hospitalización:

- > Menores:
 - FR ≥ 30 x^l
 - Insuficiencia resp. grave ≤ 250 PaO₂ / FiO₂
 - Necesidad de ventilación mecánica invasiva.
 - Confusión/desorientación. Temp < 36°C
 - Uremia (BUN ≥ 20 mg/dl).
 - Leucopenia < 4.000 cel/ml.
 - Trombocitopenia < 100.000/ml.
- > Mayores
 - Ventilación mecánica invasiva
 - Shock séptico > 4 hr.
- * 1 mayor o 3 menores.

Prevención:

- Vacuna antineumocócica.
- Vacuna antigripal
- ↓ tabaco.

excelente



- Bacteriana: Infiltrado óptico, unilaterial.
- Bacteriana atípicas: Múltiples infiltrados, bilaterales.
- Viral: Vidrio esmeralda.

Infección urinaria

Factores de riesgo:

- Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento
 - Prolapso uterino, cistocèle, ↓ act. bacteriana.
 - Catéteres / sondaje
 - Fármacos inmunosupresores
 - Incontinencia urinaria.
- DM
- ATB

Etiología:

- E. coli ①
- Adquirida en la comunidad: E. coli, Klebsiella, Proteus mirabilis y Enterococcus faecalis.
- Infecciones urinarias recurrentes: Proteus, Klebsiella, pseudomonas, enterobacter, providencia.
- Sonda urinaria: Staphy. aureus.

Infecciones urinarias recurrentes:

- Recidiva: Persistencia de la cepa original en el foco de infección.
Por tx. inadecuado.
* ATB (4-6 sem).
- Reinfeción: Nuevas infecciones urinarias causadas por una cepa diferente a la inicial.

ITU no complicada:

- Bacteriuria asintomática
- Cistitis
- PNF
- PNF ITU febril.

ITU complicada:

- Sepsis

Bacteriuria asintomática:

- Bacteriuria: Eliminación de bacterias p/ la orina.
- Bacteriuria significativa: Presencia de más de 100.000 unidades formadoras de colonias por mililitro.
- Bacteriuria asintomática: Existencia de bacteriuria significativa sin datos de infección.
- Piuria: Presencia de más de 10 leucocitos por mm³ e indica resp. inflamatoria del tracto urinario.

* Prevalencia 10-50%.

* Ex. riesgo:

- Vejiga neurogénica
- DM
- Patologías obstructivas
- Macroalbuminuria
- IMC bajo
- ITU en el año ant.
- Instrumentación del tracto urinario.

Cistitis:

- Presencia de piuria con un cultivo urinario positivo ($>10^3$ UFC/ml) acompañada de sx. miccional.
- Sx. miccional: Disuria, polaquiuria y micción urgente, dolor suprapúbico, incontinencia urinaria voliguria.

Tx:

Cistitis no complicada

- TMP-SMX
- Nitrofurantoina 100 mg / 12 h / 7d.
- Fosfomicina 3g / 72 h / 2 tomas.

ITU complicada

- Fluoroquinolonas
- Aminopenicilinas
- Cefalosporinas
- Carbapenem
- Aminoglucósidos.

Pielonefritis:

- Infección de la vía urinaria superior que afecta a la pelvis y al parénquima renal.
- Complicada y no complicada
- Sx. cístico con dolor lumbar y una sepsis grave.
- Fiebre con escalofríos, dolor lumbar por distensión de la cápsula renal y sx. cístico, sx. confusional.
- 95% → E. coli

ITU asociada a sonda vesical:

- La presencia de catéter vesical provoca una pérdida de las barreras defensivas locales.
- Mecanismos:
 1. Durante la manipulación instrumental al colocar el catéter.
 2. Mecanismo "extraluminal" relacionado con la migración retrógrada a través de la capa mucosa que se deposita alrededor de la sonda en el meato urinario.
 3. Mec. "intraluminal" migración retrógrada en relación con la contaminación de la bolsa de drenaje urinario.

Indicaciones p/ sondaje vesical:

- Incontinencia urinaria con úlceras por presión en región perineal.
- Medida paliativa en px. terminales.
- Obstrucción del tracto urinario inferior.

Tuberculosis

+ frec TB miliar

Etiopatogenia: • M. tuberculosis
- Micobacterias Bacilos ácido-alcohol resistentes no formadores de esporas y no capsulados.

- Prod. por inhalación de gotitas en suspensión que contienen partículas infecciosas prod. por enfermo al toser.

Manifestaciones clínicas:

- Fiebre de bajo grado de predominio vespertino.
- Tos persistente
- Sudoración nocturna
- Expectorcación y más raramente hemoptisis.
- Radiológicamente: Infiltrado en lóbulos sup. con frec. cavitado.

* Órganos + afectados: Ganglios linfáticos, hígado, bazo, riñón, SNC, pericardio.

- Cambios cap. funcional
- Astenia
- Anorexia
- Det. cognitivo
- Fiebre sin foco.

Diagnóstico:

- Técnica de Ziehl-Neelsen.
- Tinción con fluorocromos (auramina).
- Cultivo Löwenstein-Jensen.
- PCR
- Resistencia a rifampicina.
- * Prueba de tuberculina (derivado proteico purificado).

• 5 mm infección por HIV.
Evidencia radiológica.

• 10 mm: DM, silicosis, tx esteroideo o inmunosupresor, neoplasia de cabeza-cuello.

• 15 mm: Personas que no cumplen los criterios anteriores.

Tx tuberculosis:

* Isoniazida, 6 meses.

- Hidracidas 6 meses
- Hidracidas P/9 meses
 - Inf. por VIH
 - Niños
 - Lesiones residuales
- Rifampicina + hidracidas durante 3 meses
- Rifampicina 4 meses
 - Px. con HIV
 - Px. con HIV
 - En resistencia a hidracidas.

Tx. enf. activa:

1. Isoniazida
2. Rifampicina
3. Pirazinamida
4. Etambutol

① Isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, estreptomicina.

② cicloserina, etionamida, ciprofloxacilo, PAS.

③ Linezolid, clotazimine, amoxi-clavulánico, clavitramicina, imipenem.