

CLASES CECANOT

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA NUEVA GUÍA AHA - 2017



American
Heart
Association®

PRESIÓN
SISTÓLICA
(mmHg)

PRESIÓN
DIASTÓLICA
(mmHg)

RECOMENDACIONES

NORMAL

<120 y <80

Seguir un estilo de vida saludable
y realizar un chequeo cada año.

ELEVADA

120 - 129 y <80

Cambios de estilo de vida
y reevaluación en 3-6 meses.

ALTA

HIPERTENSIÓN GRADO 1

130 - 139 o 80-89

Cambios de estilo de vida, medicación
con control mensual hasta que la
presión esté controlada.

ALTA

HIPERTENSIÓN GRADO 2

≥140 o ≥90

Cambios de estilo de vida, 2 diferentes
tipos de medicamentos con control mensual
hasta que la presión esté controlada.

**CRISIS
HIPERTENSIVA**

>180 y/o >120

Urgencia y emergencia

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR

4

ESPONTÁNEA



3

ORDEN VERBAL



2

DOLOR



1

NO RESPONDEN



VERBAL

5

ORIENTADO Y
CONVERSANDO



4

DESORIENTADO
Y HABLANDO



3

PALABRAS
INAPROPIADAS



2

SONIDOS
INCOMPRESIBLES



1

NINGUNA
RESPUESTA



MOTORA

6

ORDEN VERBAL
OBEDECE



5

LOCALIZA
EL DOLOR



4

RETIRADA Y
FLEXIÓN



3

FLEXIÓN
ANORMAL



(rigidez de
decorticación)

2

EXTENSIÓN



(rigidez de
decerebración)

1

NINGUNA
RESPUESTA



CLASES CECANOT

CLASIFICACIÓN DE LAS ANEMIAS

Según la severidad

- Leve (HGB: 10-11.9 g/dL)
- Moderada (HGB: 8.0-9.9 g/dL)
- Severa (HGB: < 8.0 g/dL)

Según el volumen corpuscular medio (VCM)

- Normocítica (VCM: 80-100 fL)
- Microcítica (VCM <80 fL)
- Macrocítica (VCM

Según el valor de la Hemoglobina corpuscular media (HCM):

- -Normocrómica: HCM entre 30 y 35 pg/dL
- -Hipocrómica: HCM < de 30 pg/dL
- -Hiperocrómica: HCM > de 35 pg/dL

CRITERIOS DIABETES

- **Curva de tolerancia oral a la glucosa.**
>/ 200 mg/dL, 2 horas luego de una carga con 75 gramos de glucosa.
- **Glicemia al azar.**
>/ 200 mg/dL más síntomas (polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso)
- **Glicemia en ayunas. En dos tomas.**
>/ 126 mg/dL.
- **HgbA1C**
>/6.5%

Criterios de prediabetes

- **Curva de tolerancia oral a la glucosa.**
140-199 mg/dL, 2 horas luego de una carga con 75 gramos de glucosa.
- **Glicemia en ayunas . En dos tomas.**
100-125 mg/dL.
- **HgbA1C**
5.5- 6.4%.

Tríada de Whipple:

1. Baja concentración de glucosa en sangre
2. Síntomas de hipoglucemia
3. Mejoría de los síntomas una vez se normaliza la glucemia.

CLASES CECANOT

Los criterios de ADA mencionados anteriormente no se aplican en estos 2 grupos, porque la hemoglobina glucosilada no es fidedigna: Talasemia y Falsesmia. Por eso se hace la prueba de Fructosamina

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"
CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLOGICO Y TRASPLANTE
 Calle Federico Velásquez No. 1, María Auxiliadora, Sto. Dgo., R. D.
 Tel.: 809-681-0080 • Fax: 809-681-5580
 RNC: 4-3066345-2

CECANOT

EVOLUCION DIARIA

Nombre del paciente: Altagracia Santos Registro: 276820
 Médico: Dr. Alcantara Residente o Interno: Ramón Ramos RII
 Departamento: Cardiovascular / med interna Enfermera: _____

| FECHA | EVOLUCION |
|------------------|--|
| 14-7-21 11 am | Tasa de filtración glomerular según fórmula de Cockcroft - Gault |
| | Edad: 69 años |
| | Peso: 74 kg |
| | Creatinina: 3.3 mg/dl |
| | $TFG = \frac{(140 - \text{edad}) (\text{Peso})}{(\text{Creatinina}) (72)} \times 0.85$ |
| | $TFG = \frac{(140 - 69) (74 \text{ kg})}{(3.3 \text{ mg/dl}) (72)} \times 0.85$ |
| | $TFG = \frac{(71) (74)}{237.6} \times 0.85$ Estadio ERC |
| | $TFG = \frac{5.254}{237.6} \times 0.85$ I - Dato renal en TFG normal o alto $\geq 90 \text{ ml/min}$ |
| | II - Dato renal en disminución leve de la TFG 60-89 ml/min |
| | IIIa - Disminución moderada de la TFG bajo riesgo 45-59 ml/min |
| | IIIb - Disminución moderada de la TFG alto riesgo 30-44 ml/min |
| | IV - Disminución severa de la TFG 15-29 ml/min |
| | V - Falta renal < 15 o TRR |
| | $TFG = 18.79 \text{ ml/min}$ |
| | Dr. Ramón Ramos RII med interna |

La tasa o índice de filtración glomerular es el volumen de fluido filtrado por unidad de tiempo desde los capilares glomerulares renales hacia el interior de la cápsula de Bowman.

CLASES CECANOT

Normalmente se mide en mililitros por minuto. Una de las medidas de la función renal es la tasa de filtración glomerular.

| Estadio | TFG | Descripción |
|-----------|-------|--|
| 1 | ≥90 | TFG normal o aumentado, con otra evidencia de daño renal |
| 2 | 60-89 | Ligero descenso de la TFG, con otra evidencia de daño renal |
| 3A | 45-59 | Disminución moderada de la TFG, con o sin otra evidencia de daño renal |
| 3B | 30-44 | |
| 4 | 15-29 | Marcado descenso de la TFG, con o sin otra evidencia de daño renal |
| 5 | <15 | Fallo renal (enfermedad renal terminal) |

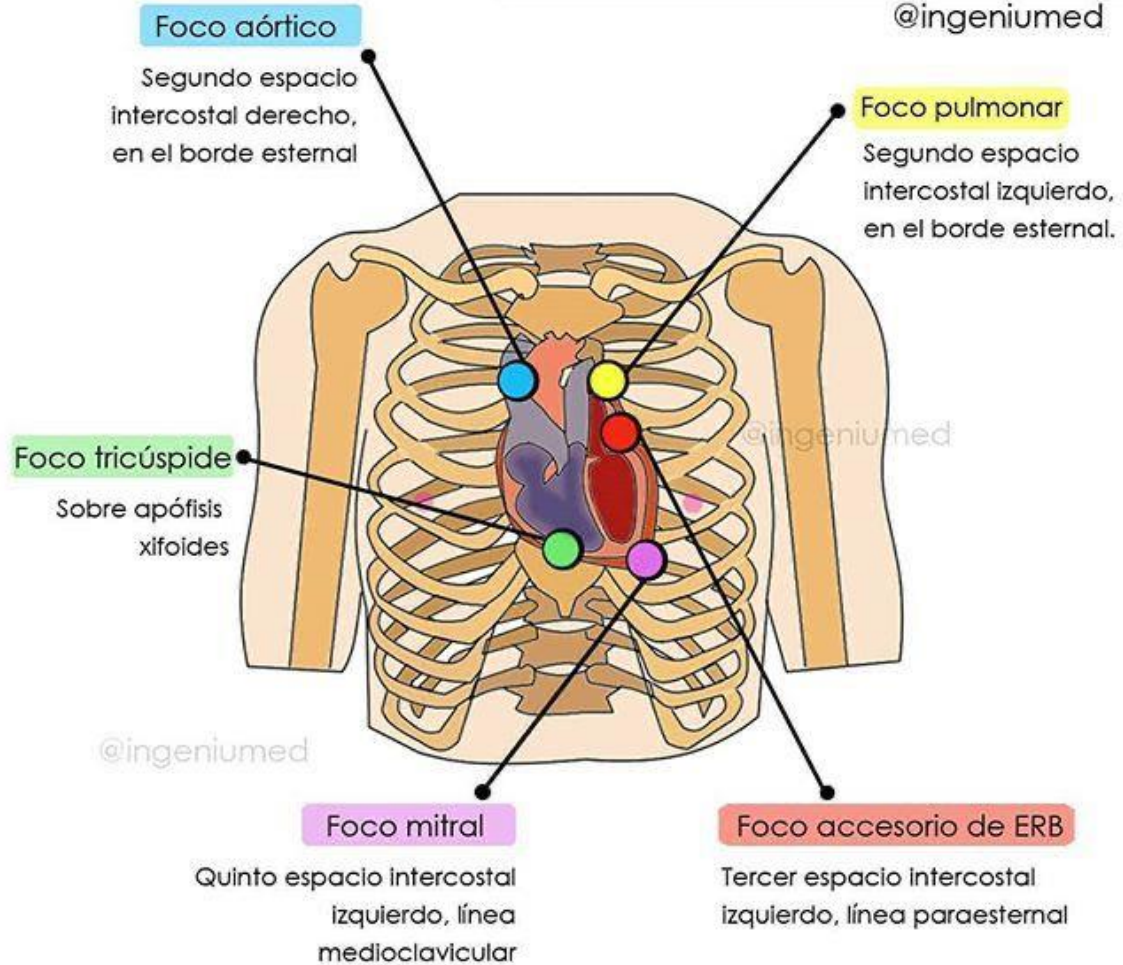
TEMAS CARDIOLOGIA

FOCOS

@ingeniumed

Auscultación Cardíaca

@ingeniumed



ESCALA DE LEVINE

CLASES CECANOT

Cuadro 1. Escala de Levine para evaluar la intensidad de los soplos cardiacos

| | |
|-----------|---|
| Grado I | Apenas perceptible, sin frémito, no audible en todas las posiciones. |
| Grado II | Suave, audible en todas las posiciones, sin frémito. |
| Grado III | Intensidad moderada, sin frémito. |
| Grado IV | Intensidad intermedia, asociado con frémito palpable. |
| Grado V | Muy intenso, con frémito, audible con leve contacto del estetoscopio en la pared torácica y en gran parte del pecho. |
| Grado VI | Muy intenso, con frémito audible a corta distancia sin estetoscopio sobre piel de la pared torácica y en todo el pecho. |

INSUFICIENCIA CARDIACA

INSUFICIENCIA CARDIACA

■ DEFINICIÓN

Pese a los intentos repetidos por desarrollar una definición mecanicista que abarque la heterogeneidad y complejidad de la insuficiencia cardiaca (HF, *heart failure*), ningún modelo conceptual ha resistido la prueba del tiempo. Las guías actuales de la American College of Cardiology Foundation (ACCF) y la American Heart Association (AHA) definen a la HF como un síndrome clínico complejo resultado de alteración estructural o funcional del llenado ventricular o de la expulsión de sangre, lo que a su vez ocasiona síntomas clínicos cardinales de disnea, fatiga y signos de HF como edema y estertores. Muchos pacientes se presentan sin signos o síntomas de sobrecarga de volumen, por lo que se prefiere el término “insuficiencia cardiaca” sobre la denominación antigua “insuficiencia cardiaca congestiva”.

CLASES CECANOT

2. DEFINICIÓN DE IC

Descripción de alta frecuencia

La IC es un síndrome clínico complejo con síntomas y signos que resultan de cualquier estructura o funcional Alteración del llenado ventricular o la eyección de sangre.

CLASIFICACION

| Clase | Síntomas |
|-------|---|
| I | Enfermedad cardíaca, pero sin síntomas ni limitación de actividad física normal |
| II | Limitación leve de actividad física. La actividad física normal resulta en fatiga, palpitaciones o disnea |
| III | Limitación marcada de actividad física, incluso la actividad física menor que la ordinaria le provoca fatiga, palpitaciones o disnea. Cómodos solo en reposo |
| IV | Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin incomodidad. Presentan síntomas como palpitaciones, disnea y fatiga en reposo |

CLASES CECANOT

| Tipo de IC según FEVI | Criterios |
|---------------------------------------|--|
| HFrEF (IC con FE reducida) | n FEVI <40% |
| HFimpEF (HF con EF mejorado) | n FEVI previa <40% y una medición de seguimiento de FEVI >40% |
| HFmrEF (IC con FE levemente reducida) | n FEVI 41%–49% n Evidencia de presiones de llenado del VI aumentadas espontáneas o provocables (p. ej., péptido natriurético elevado, y medición hemodinámica invasiva) |
| HFpEF (IC con FE conservada) | n FEVI ≥50% n Evidencia de presiones de llenado del VI aumentadas espontáneas o provocables (p. ej., péptido natriurético elevado, y medición hemodinámica invasiva) |

Tabla 3. Criterios de Framingham para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca

| Mayores | Menores |
|---|------------------------------|
| Mayores | Menores |
| Disnea paroxística nocturna | Disnea de esfuerzo |
| Estertores crepitantes | Edemas miembros inferiores |
| Edema agudo de pulmón | Derrame pleural |
| Cardiomegalia (radiografía) | Hepatomegalia |
| Tercer ruido | Tos nocturna |
| Ingurgitación yugular | Taquicardia (> 120 lat/min.) |
| Aumento de la presión venosa | |
| Reflujo hepatoyugular | |
| Pérdida de peso (> 4,5 kg) tras tratamiento | |

OJO: Importante que el diagnóstico se hace con 2 criterios mayores o 1 criterio mayor + 2 menores

*Complicaciones de diabetes

Crónicas y agudas. Las crónicas pueden ser macro vasculares y micro vasculares que son: retinopatía, neuropatía y nefropatía. (Hay un cuadro, lo más probable en Harrison)

AGUDA

- CETOACIDOSIS DIABETICA
- SINDROME HIPERGLICEMICO HIPEROSMOLAR
- HIPOGLICEMIAS

CLASES CECANOT

CUADRO 419-1 Complicaciones relacionadas con la diabetes

Microvasculares

Enfermedades oculares

Retinopatía (no proliferativa/proliferativa)

Edema macular

Neuropatía

Sensorial y motora (mononeuropatía y polineuropatía)

Autónoma

Nefropatía (albuminuria y deterioro de la función renal)

Macrovasculares

Coronariopatía

Arteriopatía periférica

Enfermedad vascular cerebral

Otras

Gastrointestinales (gastroparesia y diarrea)

Genitourinarias (uropatía/disfunción sexual)

Dermatológicas

Infecciosas

Cataratas

Glaucoma

Síndrome de movilidad articular limitada^a

Enfermedad periodontal

Pérdida de la audición

Otras condiciones comórbidas relacionadas con diabetes (donde la relación con hiperglucemia es incierta): depresión, apnea obstructiva del sueño, hígado graso, fracturas de la cadera, osteoporosis (en diabetes tipo 1), deterioro cognitivo o demencia y bajas concentraciones de testosterona en varones

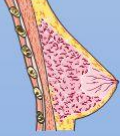
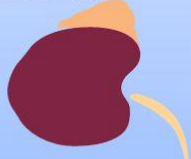
^a Engrosamiento cutáneo y disminución de la movilidad articular.

* Diferencia entre macroadenoma(mayor de 10ml) Microadenoma (menor de 10ml)

* Hormonas de la hipófisis anterior y neurohipofisis.

CLASES CECANOT

HORMONAS DE LA NEUROHIPOFISIS

| HORMONA | COMPOSICION | ORIGEN | FUNCIONES PRINCIPALES |
|---|--|--|---|
| OXITOCINA  | POLIPEPTIDO DE 9 AMINOACIDOS | SOMAS DE NEURONAS UBICADAS EN LOS NUCLEOS SUPRAOPTICO Y PARAVENTRICULA | ESTIMULA LA ACTIVIDAD DE LAS CELULAS CONTRACTILES QUE RODEAN LOS CONDUCTOS Y LOS ALVEOLOS DE LAS GLANDULAS MAMARIAS PARA QUE SE EXPULSE LA LECHE: ESTIMULA LA CONTRACCION DE LAS CELULAS MUSCULARES LISAS EN EL UTERO GESTANTE |
| HORMONA ANTIDIURETICA (ADH: VASOPRESINA)  | POLIPEPTIDO DE 9 AMINOACIDOS DOS FORMAS: • ARGININA-ADH • LISINA-ADH | SOMAS DE NEURONAS UBICADAS EN LOS NUCLEOS SUPRAOPTICO Y PARAVENTRICULAR DEL HIPOTALAMO | DISMINUYE EL VOLUMEN DE LA ORINA AL AUMENTAR LA REABSORCION DE AGUA POR LOS CONDUCTOS COLECTORES DE LOS RINON. DISMINUYE EL RITMO DE LA TRANSPIRACION EN RESPUESTA A LA DESHIDRATACION: AUMENTA LA TENSION ARTERIAL AL ESTIMULAR LA CONTRACCION DE LAS CELULAS MUSCULARES LISAS EN LA PARED DE LAS ARTERIOLAS |

Ross, Kaye, Pawlina "Histologia". capitulo: 20 _____ Sistema Endocrino". pgs. 646-655, Panamericana 2003

4ta

Edicion, Editorial

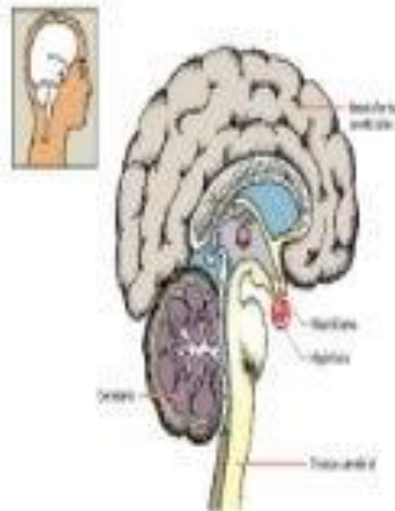
HIPOFISIS

La hipófisis anterior (ADENOHIPOFISIS) libera 7 hormonas:

- Hormona del crecimiento (GH)
- Hormona tiroestimulante (TSH)
- Hormona Foliculoestimulante (FSH)
- Hormona Luteinizante (LH)
- Hormona Prolactina (PRL)
- Hormona adenocorticotrófica (ACTH)
- Hormona estimulante de los melanocitos (MSH)

La NEUROHIPOFISIS (hipófisis posterior), libera 2 hormonas

- Antidiurética (ADH)
- Oxitocina



Signos de irritación meníngea

La tríada clásica de la meningitis incluye **fiebre, cefalea y rigidez de la nuca**, pero a veces dicha tríada no aparece. En > 75% de los pacientes disminuye el nivel de conciencia, que

CLASES CECANOT

varía desde el letargo hasta el coma. En casi todos los sujetos con meningitis bacteriana aparecen fiebre y combinaciones de cefalea, rigidez de cuello o alteración del nivel de conciencia. Otras manifestaciones frecuentes son náusea, vómito y fotofobia.

La rigidez de la nuca ("cuello rígido") es el signo patognomónico de irritación meníngea, y ocurre cuando el cuello resiste a la flexión pasiva. Los signos de Kernig y de Brudzinski también son clásicos de la irritación meníngea. El signo de **Kernig** se desencadena con el paciente en posición supina; se le flexiona el muslo sobre el abdomen, con la rodilla flexionada; los intentos por extender la rodilla de manera pasiva provocan dolor cuando hay irritación meníngea. El signo de Brudzinski se desencadena con el paciente en posición supina, y es positivo cuando la flexión pasiva del cuello da lugar a flexión espontánea de las caderas y las rodillas. Pagina 1041

*Que es meningitis

*Circulación de líquido