



**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, Instituto
Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló,
Facultad de Medicina**

**Curso Universitario Trienal de Clínica Médica - Medicina
Interna, Sociedad de Medicina Interna de Buenos-Aires
Universidad Barceló. 2026**

Directores: Dr. Roberto Reussi / Dr. Miguel Angel Falasco

Subdirectores: Dr. Jorge Mercado / Dra. Viviana Falasco

Secretarios: Dr. Rodolfo Bado / Dra. Silvia Falasco

Vocales: Dr. Rodolfo Maino / Dr. Federico Marongiu / Dra. Ana Matilde Israel

Miembros Honorarios: Dr. Florencio Olmos / Dr. Oscar Canteli



Curso Universitario Trienal de Clínica Médica - Medicina Interna, Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires-Universidad Barceló. 2026

**“Los 10 tips del Módulo de Cardiología que el internista
no puede dejar de conocer”**

Prof. Dr. Miguel Angel Falasco

Jefe de Docencia e Investigación

Hospital Interzonal de Agudos Pedro Fiorito, Buenos Aires, Argentina

Docente Adscripto Facultad de Medicina, Universidad de Bs. As

Profesor Medicina Interna Facultad de Ciencias Médicas U. Favaloro

Codirector del Curso Universitario Trienal de Clínica Médica - Medicina Interna,

Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires-Universidad Barceló

Protesorero de la Asociación Médica Argentina

Fellow Honorario American College of Physicians

Expresidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA)

ExPresidente de la Sociedad Latinoamericana de Ateroesclerosis (SOLAT)

Tip 1 – Hipertensión arterial

- HTA: $\geq 130/80$ mmHg en consultorio (según las guías de la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC)
- Confirmar con ≥ 2 mediciones en ≥ 2 consultas
- Evaluar riesgo cardiovascular global

Tip 1 – Hipertensión arterial

- El **MAPA (Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial)** y la **AMPA (Automedida de la Presión Arterial)** se solicitan principalmente para confirmar el diagnóstico de hipertensión, evaluar la "hipertensión de bata blanca" (alta solo en consulta) o la "enmascarada" (normal en consulta, alta en casa).
- Ambas se deben utilizar para ajustar tratamientos en casos de hipertensión resistente o descontrolada

HTA – Evaluación inicial

- Buscar daño de órgano blanco
- ECG
- Creatinina y filtrado glomerular
- Proteinuria
- Fondo de ojo

La hipertensión no es un número: es riesgo cardiovascular

Perla: “No trates la presión, tratá al paciente”

Tip 2 – No todo dolor torácico es coronario... pero primero descartalo

- Probabilidad manda (edad, sexo, factores de riesgo)
- Dolor típico = opresivo, esfuerzo, irradiado
- Ojo: **diabéticos, mujeres, ancianos** → atípicos
- **Dolor en el Infarto agudo de Miocardio:** Clínica+ ECG + troponinas seriadas = base diagnóstica

Identificar IAM con elevación ST → reperfusión inmediata

¡¡¡¡¡Tiempo es miocardio¡¡¡¡¡

“El error no es sobrediagnosticar un síndrome coronario , es dejarlo pasar”

Tip 3 – La disnea puede ser cardíaca

Conceptos clave:

Diferenciar:

- Cardíaca vs pulmonar

Herramientas:

- BNP
- Eco
- Rx tórax

Perla:

- “La ortopnea es casi patognomónica de insuficiencia cardíaca”

Tip 4– Insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico

Diagnóstico = clínica (Síntomas: disnea, edema)+
ecocardiograma: Clasificar:

- FE reducida (<40%)
- FE preservada
- BNP ayuda, pero **no reemplaza clínica**

Tratamiento IC crónica (Guías)

- Restricción sodio
- Control peso
- Educación del paciente
- Vacunación

4 pilares terapéuticos:

- IECA/ARNI inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina, principalmente sacubitrilo/valsartán
- Betabloqueantes
- Antialdosterónicos
- iSGLT2 (inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, como empagliflozina, dapagliflozina, canagliflozina)

Tip 5 – Fibrilación auricular

¡Es la Arritmia sostenida más frecuente!

- Evaluar estabilidad hemodinámica
- Control frecuencia vs ritmo

Riesgos:

- ACV
- Insuficiencia cardíaca
- Decidir anticoagulación

Tabla CHA₂DS₂-VASc:

- Es un sistema de puntuación clínico utilizado para evaluar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) o ictus en pacientes con fibrilación auricular (FA) no reumática.
- Sirve para decidir, basándose en el riesgo, si el paciente necesita anticoagulantes para prevenir trombos

Tip 6 – Dislipidemia: tratar riesgo, no colesterol aislado

Conceptos clave:

- LDL = principal objetivo
- Estratificación:
 - SCORE / riesgo global
- Estatinas = base del tratamiento

Tip 6 – Dislipidemia

Estratificación del Riesgo Cardiovascular :

- Muy alto riesgo:
 - ECV establecida
 - Diabetes + daño órgano
 - ERC
- Alto / intermedio → usar scores

Objetivos actuales:

- Muy alto riesgo: **LDL <55 mg/dL**
- Re-evento: **<40 mg/dL**

Perla:

“Lp(a) → **factor independiente (genético)**

ApoB > LDL en precisión

Doppler color de vasos del cuello y Score calcio coronario :
ateromatosis subclínica”

Tip 7 – Bradiarritmias: ¿Cuándo preocuparse?

Clasificación útil

- Disfunción sinusal
- Bloqueos AV:
 - 1° → benigno (Retraso en la conducción AV)
 - 2° tipo Mobitz I → usualmente benigno (PR se alarga progresivamente Hasta que una P **no conduce**)
 - 2° tipo Mobitz II → peligroso. De repente **una P no conduce** hay riesgo de progresar a un BAV completo
 - 3° tipo completo → emergencia

¿ Cuándo actuar?

- Síntomas:
 - Síncope
 - Mareo
 - Insuficiencia cardíaca
- FC <40 o pausas

Bradicardia

Causas reversibles (no olvidarlas)

- Fármacos:
 - Betabloqueantes
 - Digoxina
- Hipotiroidismo
- Isquemia

Marcapasos

Indicaciones clave:

- BAV completo
- BAV Mobitz II
- Bradicardia sintomática

Tip 8 – Miocardiopatías

Tipos:

- Dilatada (falla sistólica)
- Hipertrofica (causa de muerte súbita en jóvenes)
- Restrictiva (problemas de llenado, amiloidosis, hemocromatosis)

Diagnóstico con ecocardiograma y RMN

Tip 8 – Miocardiopatías

- Las **miocardiopatías dilatadas (MCD) pueden ser reversibles**, y en algunos casos el miocardio puede recuperar completamente su función.

La reversibilidad depende de si la causa:

- es identificable
- es tratable
- no dejó daño estructural irreversible (fibrosis)

HERRAMIENTAS QUE TE AYUDAN A PREDECIR REVERSIBILIDAD

- Ecocardiograma seriado
- Resonancia cardíaca:
 - Fibrosis (realce tardío) → mal pronóstico
 - **Perla: “La resonancia redefine el pronóstico”**

9 - Siempre pensar en prevención cardiovascular

Factores modificables:

- Tabaquismo
- HTA
- Diabetes
- Dislipemia

Intervenir temprano cambia historia natural

Perla:

“La mejor cardiología es la que evita el primer evento”

10 – Saber identificar una Pericarditis Aguda

- El diagnóstico de la pericarditis aguda se establece cumpliendo al menos 2 de los 3 criterios (conocido como tríada o criterios diagnósticos):
 - **Dolor torácico típico**
 - **Frote pericárdico**
 - **Cambios en el ECG:** cuatro estadios evolutivos en el electrocardiograma (ECG) debido a la inflamación del epicardio:
 - **Estadio 1 (días 1-14):** Elevación difusa del segmento ST (cóncavidad superior) y descenso del segmento PR.
 - **Estadio 2 (semanas 1-3):** Normalización de ST y PR; aplanamiento de onda T.
 - **Estadio 3 (semanas 3-6):** Inversión difusa de la onda T.
 - **Estadio 4 :** Normalización del ECG

Mensajes finales

- El médico clínico es clave en la prevención cardiovascular
- Reconocer cuadros agudos salva vidas
- Aplicar guías mejora el pronóstico

“El médico clínico no necesita ser cardiólogo, pero sí debe saber identificar al paciente que puede morir hoy si no actúa correctamente y al que puede vivir mejor si interviene a tiempo.”



Muchas gracias