



Arguello Tovar Avilene Del Rocío

Dr. Suárez Romeo

Mapas conceptuales

Cardiología

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5 B

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de octubre del 2022

- ① Beta-Bloqueadores
- ② IECAS
- ③ ARA-II

Tratamiento:

Conjunto de síntomas y signos que se producen por una disminución del aporte de O₂ al corazón en relación con el requerimiento metabólico.

Epidemiología:

8% población gen.
17% > 65 años.

Clasificación:

- ① Cardiopatía isquémica:
 - Sx coronario agudo
 - Sx coronario crónico.

CARDIOPATIA ISQUÉMICA

Factores de Riesgo:

Fisiopatología

El metabolismo cardíaco es fundamental aeróbico, dada la gran actividad mecánica que requiere altos consumos de energía.

Etiología

Causa más frecuente es la arterioesclerosis, que es el endurecimiento y el engrosamiento anormal de las paredes de las arterias.

① Modificables:

- HAS
- Tabaquismo
- Alcohol
- Diabetes
- Obesidad
- Sedentarismo
- Estrés.

② No modificables

- Enf. crónica precoz < 55 años
- Enf. crónica familiar > 55 años.
- Sexo femenino en posmenopausia.

Puede desarrollarse por anomalías o trastornos que afectan a todos los aspectos de la estructura y la función cardíaca.

① La IC afecta a más de 23 millones de personas en todo el mundo.

② Su incidencia es mayor de 65 años es de 1% al año.

③ En países desarrollados es la 1era causa de hospitalización de 65 años, con un 5% total de ingresos.

Tratamiento:

- Diuréticos, ya sea en bolo o en infusión continua.
- Con resistencia a los diuréticos se sugieren considerar el uso de la ultrafiltración.

Proceso patológico caracterizado por la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado para el metabolismo tisular.

Epidemiología:

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Clinica:

- Disnea
- Ortopnea
- Nicturia
- Respiración de Cheyne-Stokes
- Disnea paroxística nocturna.
- Asma cardíaca
- Diaforesis
- Fatiga y cansancio
- Cardiomegalia
- Presencia de S3 o galope.
- Pulso apical desplazado.
- Pulso alterante
- Inyección Yugular.

Diagnóstico

Medir péptido natriurético cerebral.
Ecocardiografía
Clasificar a los px de acuerdo a los perfiles clínicos, hemodinámicos de Nohria.

Clasificación:

- Función renal
- Hemograma
- Electroлитas
- Perfil tiroideo
- Glucemia
- TSH
- Perfil lipídico
- Rx de tórax
- Electrocardiograma.

① Stenosis: Se basa en la estimación del perfil hemodinámico por las características de presentación clínica del paciente.

② Según cronicidad: Aguda / Crónica.

③ Según FEVI: Fracción de Ejección del ventrículo izquierdo.

④ IC izq / IC derecha: síntomas derivados del fallo predominante de uno de los ventrículos.



Sin sintomatología:
① Vasodilatadores.

Quirúrgico:
② Cirugía de reemplazo valvular.

Tratamiento.

Características

- ① Soplo diastólico en foco aórtico, soplo de Austin Flint (soplo diastólico en foco mitral).
- ② Otros signos: Mueset, Evans, p. Müller, a la palpación ruidos de corrigan o martillo de agua.

- ① Sin sintomatología de ICC
 - Digitálicos, diuréticos y antiarrítmicos.
 - Contraindicados: Vasodilatadores.
- ② Quirúrgico:
 - Sintomatología + estenosis severa o estrechamiento valvular 1-2 mm/año.

INSUFICIENCIA

AÓRTICA

ESTENOSIS MITRAL

Características:

- Soplo diastólico en foco mitral
- Ritmo de diadema: 2do ruido acentuado en 2do ruido desdoblado.
- Rx: Agrandamiento de arterias pulmonares.

Tratamiento:

- Diuréticos, anticoagulantes, digitálicos, B-bloqueadores.
- Agrandamiento de síntomas, H.P., fibrilación auricular presente.

INSUFICIENCIA MITRAL

Características:

- Soplo diastólico en foco mitral irradiado a la axila.
- Rx: Cardiomegalia a expensa de hipertrofia de V1 y A1.

Tratamiento

- Diuréticos y vasodilatador, IECAS para evitar remodelado ventricular.

VALVULOPATIAS

Tratamiento

ESTENOSIS AÓRTICA

ESTENOSIS TRICUSPIDEA

Características:

- ① Soplo diastólico en foco tricuspideo las manifestaciones clínicas son secundarias a la congestión venosa sistémica.

Tratamiento

- ① Leve o moderado: Diuréticos y vasodilatadores.
- ② Severo: Anatomía valvular.

Características típicas

- ① Soplo sistólico en foco aórtico irradiado al cuello.
- ② Fenómeno de Gallavardín: Desplazamiento hacia el APEX.
- ③ Rx: Redondeamiento de la punta (en forma de bota).



Terapia Reperfusion
Angioplastia 1º o
Trombolisis.

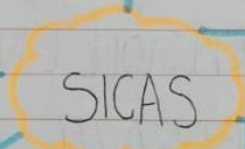
Causas dependientes del grado y la localización de la obstrucción y va desde la angina inestable hasta el IAM/SEST.

Los elementos isquémicos suelen manifestarse con un espectro de signos y síntomas.

- Antiagregantes
- Plaquetarios
- Anticoagulantes
- Nitratos
- Beta-bloqueadores.

Son el resultado de una destrucción aguda de una arteria coronaria.

Consecuencias variantes de acuerdo con el tamaño, localización y el tiempo de evolución de la obstrucción y van desde isquemia transitoria hasta infarto.



Fisiopatología

Diagnóstico

Sintomatología

Causa frecuente

Causa común.

Tratamiento

① Doble antiagregación
Aspirina con Clopidogrel
o Ticagrelor.

② Marcadores de daño
Miocárdio CK total
CKmb
Troponina.

- Embolia de la arteria coronaria.
- Espasmo coronario
- Dilatación de la arteria coronaria.

Medición de troponinas a todo paciente con sospecha de síndrome coronario agudo al ingreso, a las 3 u 6 horas posteriores.

Típica

Atípica.

- Sensación de opresión
- Pesadez
- Disforesis
- Náuseas
- Sudoración
- Síncope.

- Dolor en epigastrio
- Dolor punzante
- Diarrea
- Síncope
- Palpitaciones.

- Trombo agudo en una arteria coronaria aterosclerótica.

Criterios:

- Plaquetas $< 150,000 / \text{mm}^3$
- AST y/o ALT $> 70 \text{ U/L}$
- LDH $> 600 \text{ U/L}$
- Bilirrubinas $\geq 1.2 \text{ mg/dL}$

Clasificación:

- Clase I:** Plaquetas $\leq 50,000 \text{ celulas/mm}^3$
- Clase II:** Plaquetas $50 - 100,000 \text{ cel/mm}^3$
- Clase III:** Plaquetas $100 - 150,000 \text{ cel/mm}^3$

Síndrome HELLP.

Ocurre antes de las 20 SGG.

- Antecedentes de hipertensión
- Signo de bota blanca.
- No hay proteínas en orina.

↑ sostenido de la PA $\geq 140/90 \text{ mmHg}$.

- ① TA $> 140/90 \text{ mmHg}$, dos tomas en intervalo de 6 horas.
- ② Sin proteinuria. Significativa es $24 \text{ h} < 300 \text{ mg}$.
- ③ Sin proteinuria.

Criterios

Hipertensión Gestacional.

Clasificación:

- ① Fase precoz no hay proteinuria
- ② HTA transitoria desaparece 12 SEMANAS postparto
- ③ Persiste la ETS CRÓNICA 12 SEMANAS DESPUÉS postparto.

HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

- Preeclampsia / Edampsia

ECLAMPSIA.

- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Edema pulmonar
- Enf. cerebrovascular
- Alteraciones visuales (fotopsia) escotomas, aureola cortical, vasoespasmo de la retina.
- cefalea
- hiperreflexia
- Convulsiones.

Clasificación:

- ▶ Eclampsia atípica después semana 24; convulsiones.
- ▶ Eclampsia complicada CONVULSIONES, ACV, HIC.

Clasificación:

- ① Preeclampsia leve.
- ② Preeclampsia grave TA $> 160/110 \text{ mmHg}$, afectación MULTIORGÁNICA.

PREECLAMPSIA

Se multisistémica de severidad variable. vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación.

CRITERIOS:

- ① Proteinuria $\geq 300 \text{ mg}$ en orina de 24h, o $\geq 30 \text{ mg/dL}$.
- ② Relación proteinuria/creatininuria $\geq 0,26 \text{ mg/mg}$.
- ③ Creatinina $> 1.01 \text{ mg/dl}$ u oliguria: Gastos urinarios $< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ en 6 horas.
- ④ Transaminasas Anormales: SGOT (AST) $> 70 \text{ U/L}$ y/o (ALT) $> 70 \text{ U/L}$.
- ⑤ Cefalea
- ⑥ Alteraciones visuales
- ⑦ Alteraciones en estado de conciencia
- ⑧ Trombocitopenia $< 100,000 \times \text{ml}$
- ⑨ Alteraciones fetoplacentarias.

CRITERIOS

Hipertensión Crónica

- PA sistólica $\geq 140 \text{ mmHg}$ y/o una PA diastólica de $\geq 90 \text{ mmHg}$.
- Esencial $\geq 140 \text{ mmHg}$ con o sin proteinuria.
- secundaria patología asociada renal, endocrina.

CLASIFICACION



[Infusión 50-300 mg/kg/min]

- Dosis: bolo inicial 0.5 mg/kg

① Esmolol IV 250 mg/ml o 2.5g/10ml

- Dosis 0.2-10 mg/kg/minuto

③ Nitroprusiato IV sol 50mg/10ml

(Peso x dosis x 60 min (duración))

- Dosis 2-10 mg/kg/min

② Nitroglicerina IV (10ml)

- Dosis 2-8 mg/hora

① Dinitrato Isorbide IV (ampollas 400ml (1mg/1ml))

Elevación súbita y aguda de la tensión arterial de manera grave > 180/120

BOQUE ES?

Emergencia:

> gravedad y peor pronóstico por daño agudo a órgano blanco. Reducir 20-25% de la TARM, la tercera hora.

Urgencia:

Elevación aguda de las cifras tensionales sin provocar afectación a órgano blanco. Tr con cualquier antihipertensivo VA con inicio de acción rápida.

CRISIS HIPERTENSIVA

Emergencia

Tratamiento

Urgencia:

Factores de riesgo:

Control inadecuado TA
Edad avanzada
Femenino (tabaco)
Obesidad
Cardiopatía hipertensiva
Consumo de sal
DM, SAOs, ERC.
Causas adrenales.

Clínica

La mayoría asintomáticos:
- Dolor torácico
- Disnea
- Deficit neurológico
- Cefalea
- Mareo
- Astenia
- visión borrosa.
- Náuseas
- Ansiedad
- Epistaxis

Diagnóstico

Monitoreo a temperatura de PA con cifras > 180/120.

① IECA

Captopril 25 mg c/6-8h

Enalapril 10 mg c/12h (Max 40mg/día)

② Beta-bloqueadores:

Metoprolol 50-100 mg c/12h

Atenolol 50 mg c/12-24h

③ ARA II

Losartán 50 mg c/12h

Canesartán 8-16 mg c/24h

Telmisartán 40-80 mg c/24h.

④ Calcioantagonistas:

Amlodipino 5-10 mg c/24h

Nifedipino 30-60 mg c/24h

⑤ Diuréticos tiazídicos:

Hidroclorotiazida 6.25-50 mg

Clortalidona 25 mg c/24h.

Penicilina procainamida
 procaínica en dosis de
 800 000 U IM c/24h
 por 10 días o penicilina
 benzatínica de 1.2
 millones IM en una sola
 dosis; en caso de alergia

Es una secuela tardía de infección
 faríngea por estreptococo del grupo A
 en personas con predisposición genética
 a esta enfermedad.

Eritromicina 250-500 mg VO
 c/6h - 10 días en adultos.

¿Qué es?

Enfermedad Inflamatoria

- Afectan.**
- Corazón
 - Articulaciones
 - Piel
 - Tejido
 - SNC

FIEBRE REUMÁTICA

Tratamiento

Factores de Riesgo

- Ambientales:
- Temporada de lluvias
 - Invierno
 - o Hacinamiento
 - Cambios de temperatura
 - Contacto directo

Acciones de Prevención Primaria:

Acciones de detección:

- Tamisaje mediante auscultación

- Saneamiento básico.
- o vivienda con espacio, luz y ventilación, agua potable.

Exámenes de laboratorio.

- Es el cultivo faríngeo en placa de agar sangre de conero al 5%.

Signos y Síntomas

- Poliartrosis → Afecta grandes articulaciones, dura una a cinco semanas, cede sin deformidad residual.
- Carditis
- Presencia de soplos, fríete pericárdico, ritmo de galope y taquicardia sinusal
- Corea
- Eritema marginado.

Fisiopatología

① 2% = Hipertensión Arterial por una causa determinada.

② 98% HA por factores genéticos ambientales, hábitos de vida, trastornos metabólicos y otras enfermedades.

60% de los enfermos no tienen manifestaciones clínicas (asesino silencioso).

Factores de Riesgo

- Sobrepeso y obesidad
- sedentarismo
- Contenido de sal elevado
- Dieta pobre en potasio
- Tabaquismo y alcohol.

Causa un deterioro progresivo de la pared arterial.

Cuadro Clínico

MAPA: Monitoreo Continuo.

Monitoreo Médico:

AMPA: Medidas domiciliarias.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- IECA: Captopril
- ARA II: Losartán
- Betabloqueadores
- Calcioantagonistas
- Diuréticos.

Tratamiento

Peso corporal adecuado.

Alimentación balanceada

Actividad Física Regular.

Diagnóstico

Se realiza con base en la medición de la presión arterial.

PA = ≥ 140 mmHg y/o la tensión diastólica es ≥ 90 mmHg.

Causas:

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo

Sx suprarrenal

Sx de Cushing.

Definición:

La HTA se define como una PA elevada de forma mantenida.

La tensión arterial se considera alta o elevada.

