

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“MEDICINA HUMANA”**

**NOMBRE DEL ALUMNO: FERDDY IGNACIO LOPEZ GUTIERREZ.**

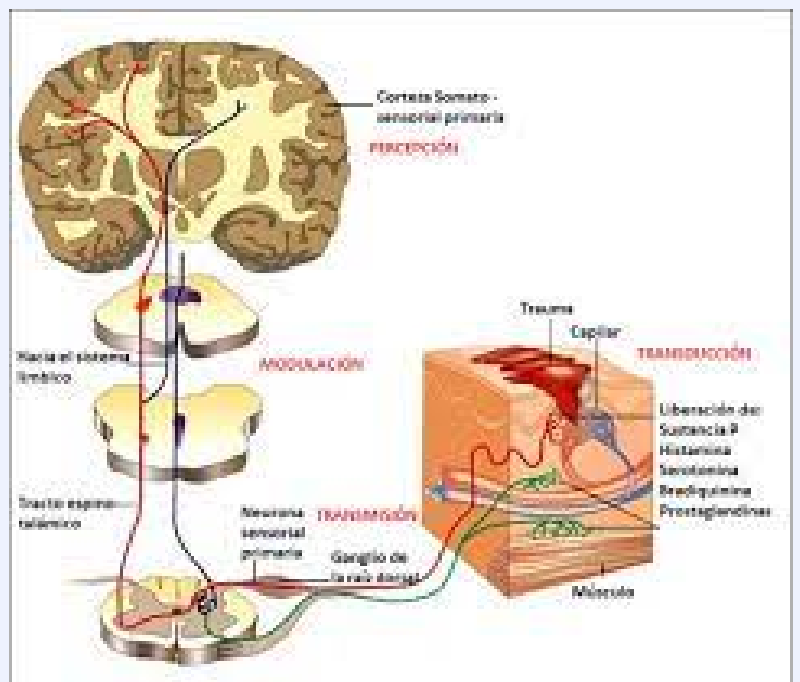
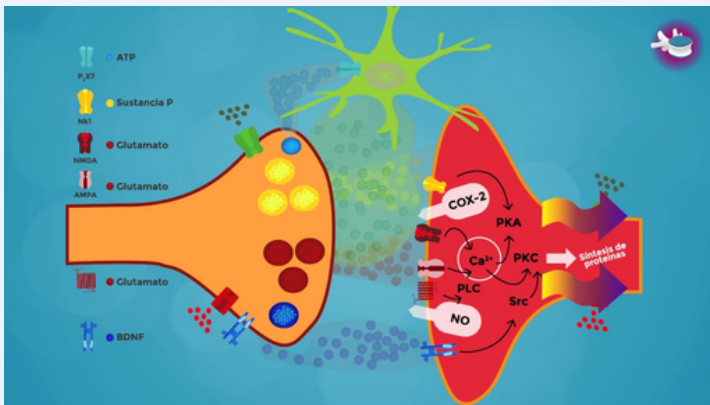
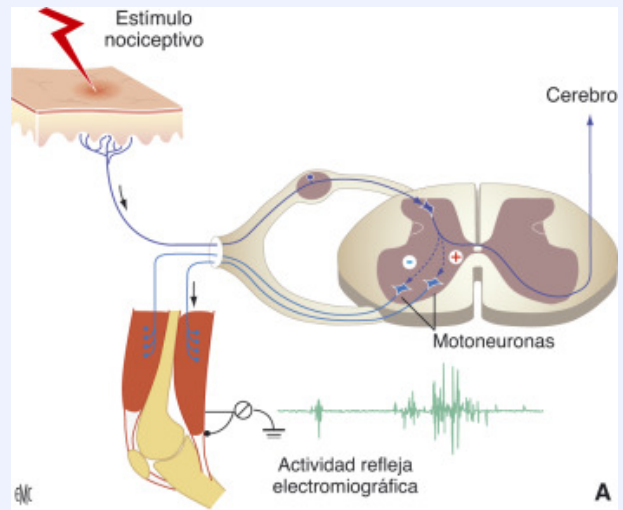
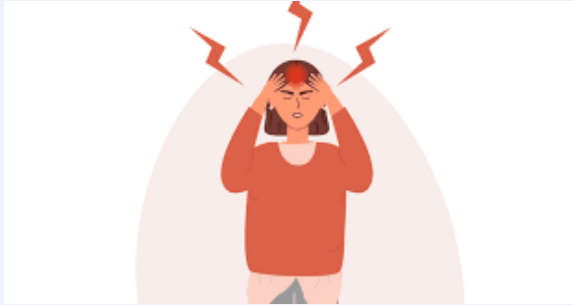
**NOMBRE DEL DOCENTE: DR. SAMUEL ESAU FONSECA FIERRO.**

**NOMBRE DE LA MATERIA: FISIOPATOLOGIA III**

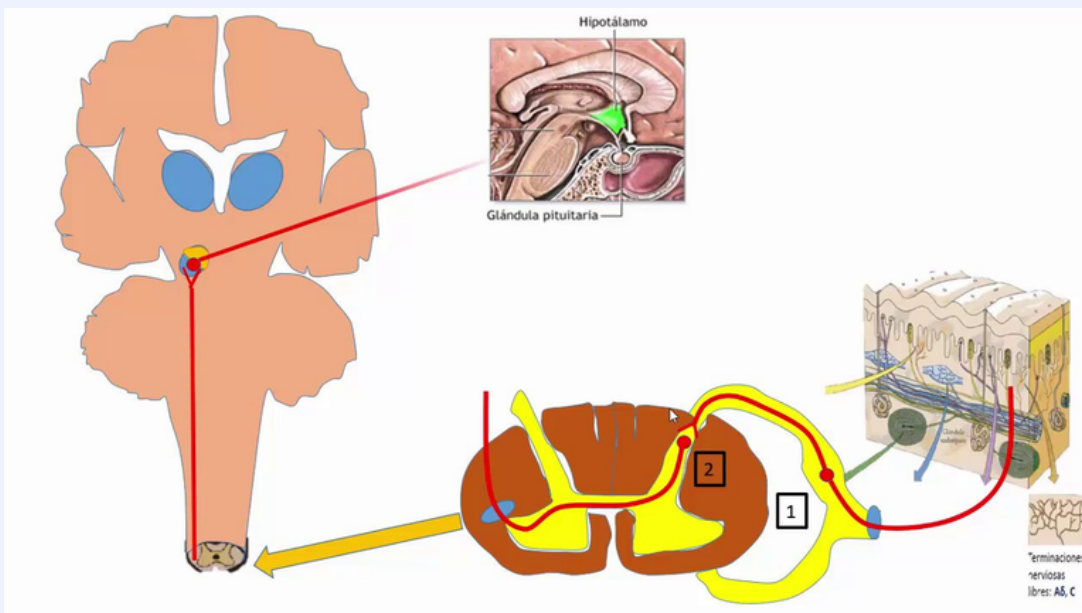
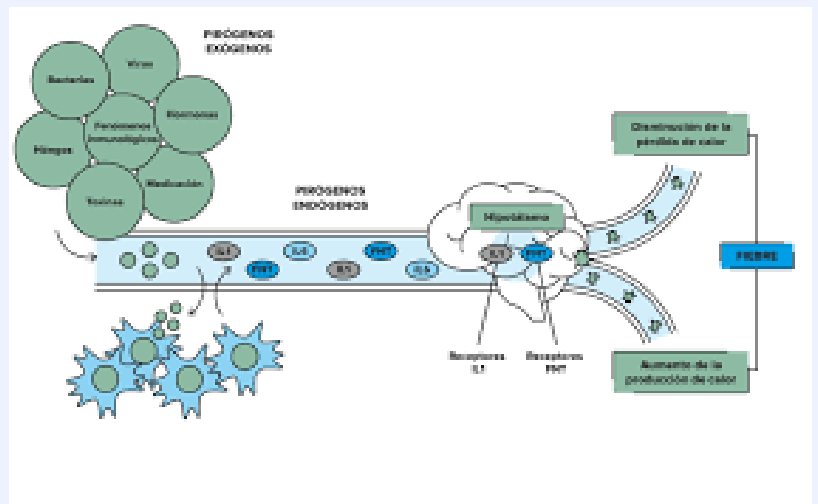
**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: TEMAS VISTOS EN CLASE**

**SEMESTRE: CUARTO SEMESTRE**

# DOLOR

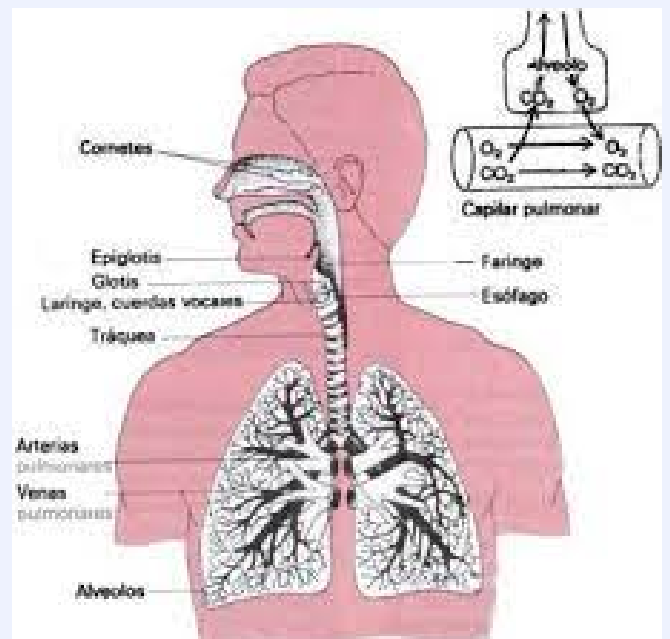


# FIEBRE



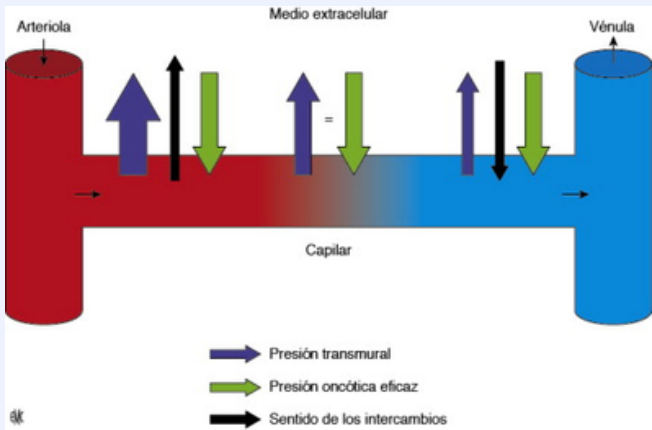
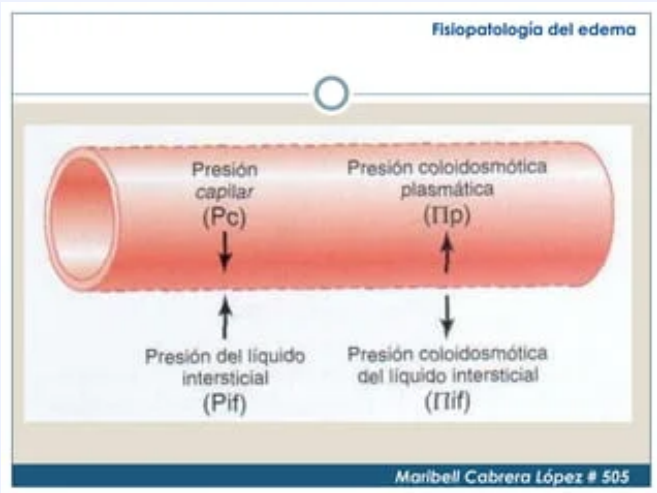
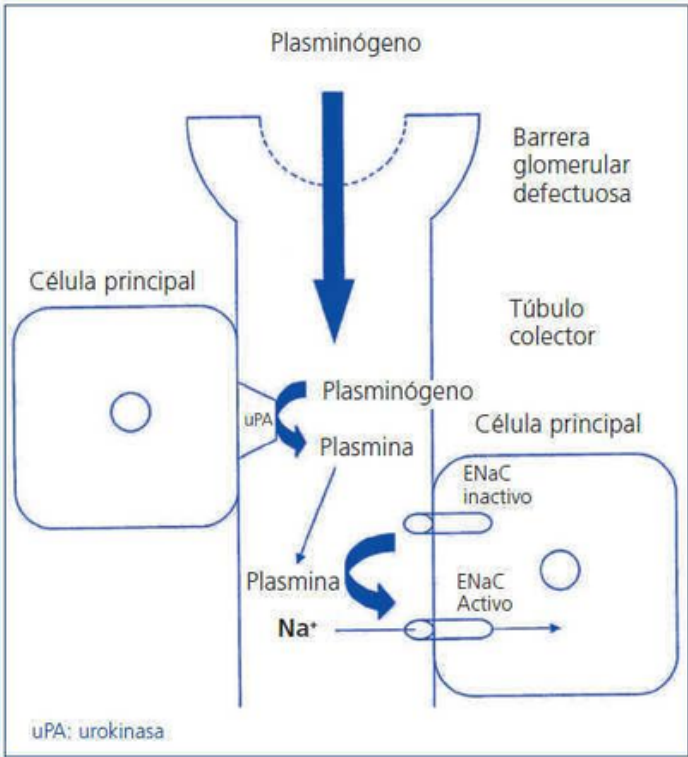
# DISNEA

disnea se produce por la interacción compleja entre la estimulación de quimiorreceptores, alteraciones mecánicas en la respiración y la percepción de esas alteraciones por el sistema nervioso central. Algunos autores han descrito el desequilibrio entre la estimulación neurológica y los cambios mecánicos en los pulmones y la pared torácica como un desacoplamiento neuromecánico.

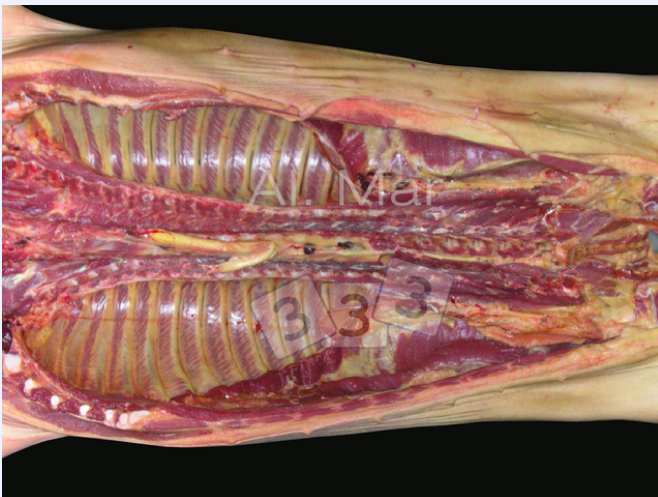
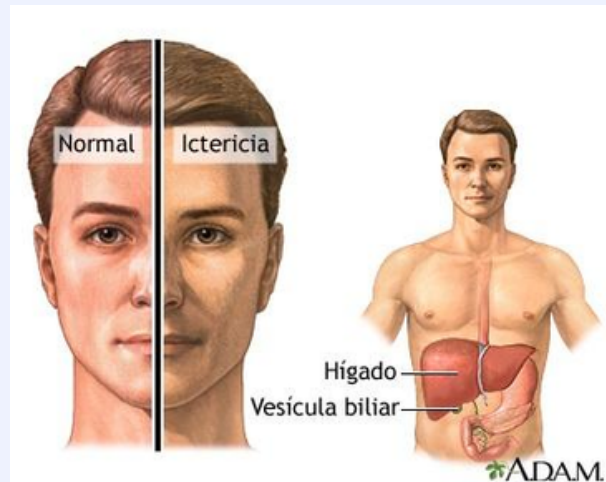


	Escala	Ejercicio	Disnea
	0	En reposo	Nada
	1	Muy, muy suave	Muy leve
	2	Muy suave	Leve
	3	Suave	Moderada
	4	Un poco duro	Algo severa
	5	Duro	Severa
	6	Duro	Severa
	7	Muy duro	Muy severa
	8	Muy duro	Muy severa
	9	Máximo	Muy, muy severa
	10	Extremo	Extrema

# EDEMA

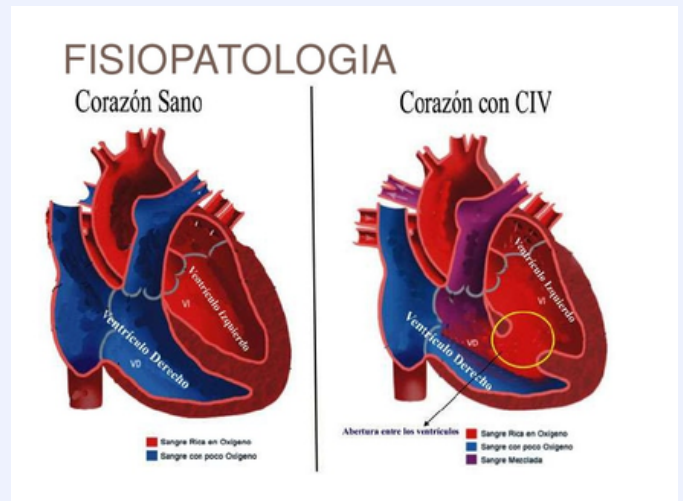


# ICTERICIA



ESCALA DE KRAMER	
ZONA ICTÉRICA	BILIRRUBINA ESPERABLE
I Cara	< 3mg/dl
II Mitad superior de tronco	5-12 mg/dl
III Incluye abdomen	8-16 mg/dl
IV Porción proximal de extremidades	10-15 mg/dl
V Porción distal de extremidades	> 15 mg/dl

# CARDIOPATIA

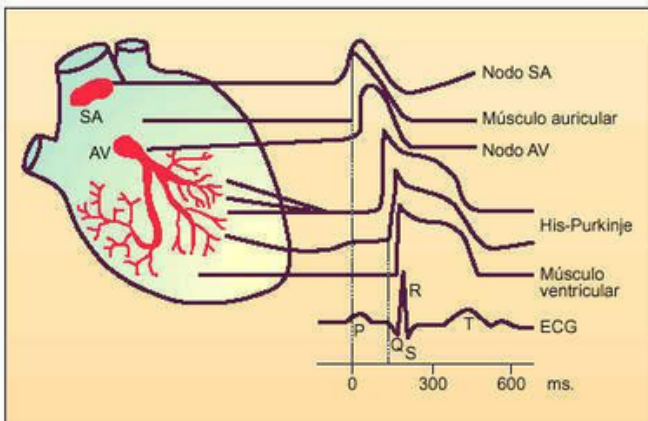
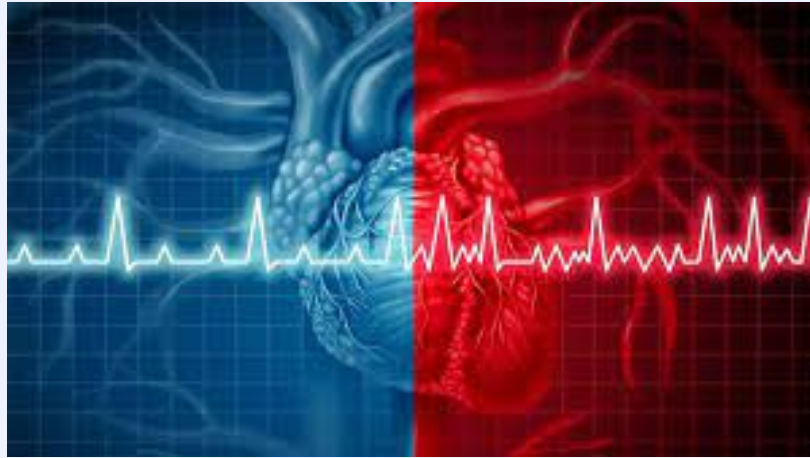


CATEGORIA DE RIESGO	% DE RIESGO DE INCIDENCIA DE MUERTE SÚBITA CARDIOGÉNICA O PARADA CARDIACA NO FATAL	GRUPOS DE CARDÍOPATIAS CONGENITAS
Alto riesgo	Incidencia > 12%	procedimiento de Rastelli, anomalías coronarias severas, TF compleja y pacientes cianóticos, ya sean Eisenmenger o no Eisenmenger
Intermedio	Incidencia del 4% al 12	TF no compleja, reparación de Mustard/ Senning para TGA, procedimientos de Fontan, TGA congénitamente corregida y anomalía de Ebstein
Bajo	Incidencia 1% al 4%	coartación de aorta y lesiones del corazón izquierdo
Muy bajo	Incidencia <1%	Shunts de izquierda a derecha y lesiones del tracto de salida del ventrículo derecho

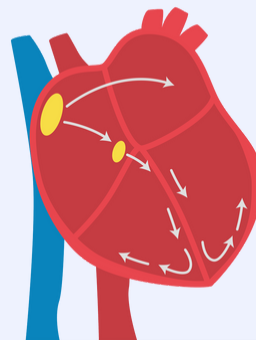
**Tabla 1: Categorías de lesiones e incidencia acumulada de muerte súbita cardíaca o parada cardíaca no fatal a 20 años**



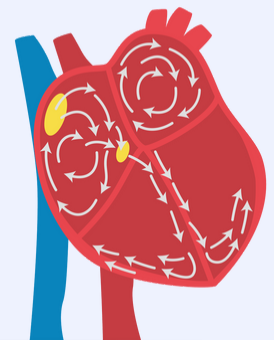
# ARRITMIAS



Flujo normal



Arritmia



AAR y enfermedad renal	
Fármaco	Indicación para IRC
Sotalol	Reducir la dosis a la mitad en IRC y a la cuarta parte en IRG (FGR<30 mL/min), por riesgo de efectos proarrítmicos*
Procainamida	Reducción de la dosis recomendada
Quinidina	Proarritmia; puede interferir con el aclaramiento renal de otros fármacos
Lidocaína	Ningún requerimiento especial
Mexiletina	Ningún requerimiento especial
Flecainida	Reducción de la dosis si el FGR< 35 mL/min/1,73m <sup>2</sup>
Propafenona	Se precisa monitorización cuidadosa (preferible iniciar en hospital si hay IRC avanzada)
Vernakalant	Administración i.v. a la dosis de 3,0 mg/kg seguida de 2,0 mg/kg, si es necesario
Amiodarona	No precisa ajuste de dosis; no dializable; muchas interacciones con otros fármacos
Dronedarona	No requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal leve o grave
Diltiazem	Usar con precaución
Verapamil	Reducir la dosis en 25-50%, si CICr < 10 mL/min. No se elimina por hemodiálisis.

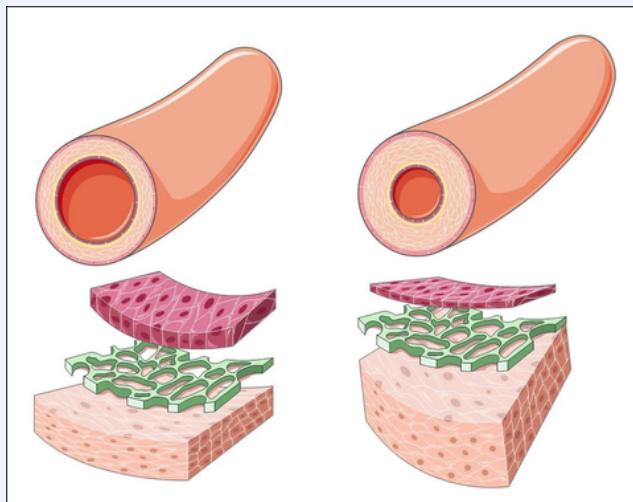
Código de color: rojo indica riesgo de proarritmia; naranja indica reducción de dosis; verde indica que no hay recomendaciones especiales; amarillo indica monitorización.

IRC: insuficiencia renal crónica; IRG: insuficiencia renal grave; FGR: filtración glomerular renal; i.v: intravenoso; mL: mililitro

\*contraindicación relativa

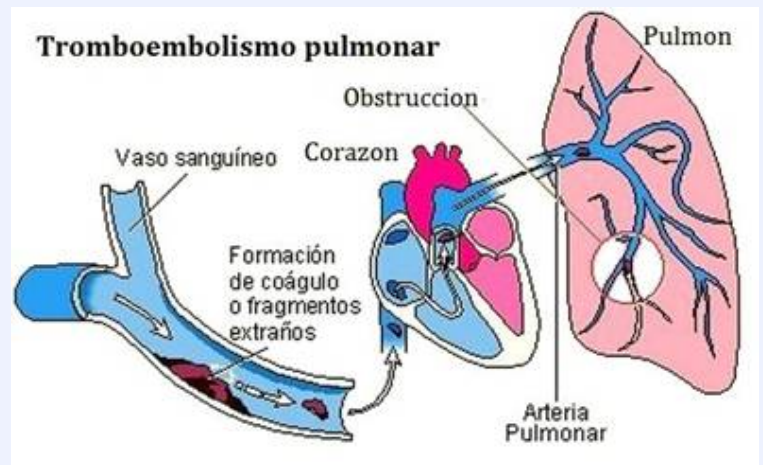
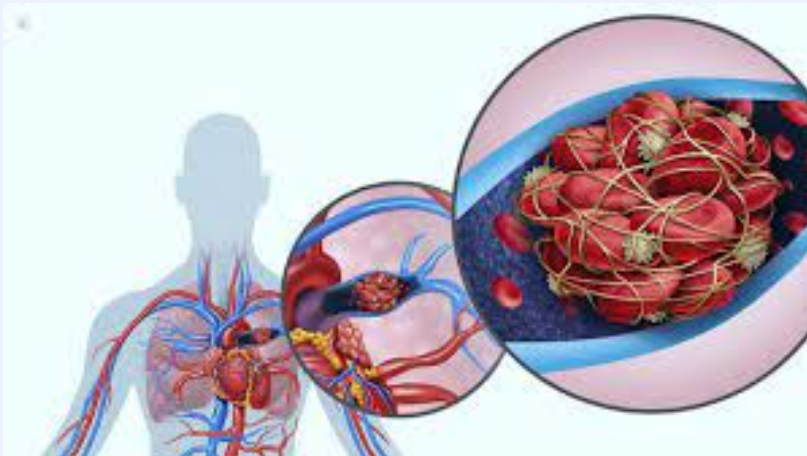


# ARRITMIAS



	Sistólica	Diastólica
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84 (prehipertension)
Normal-Alta	130-139	85-89 (prehipertensión)
Grado I	140-159	90-99 (ligera)
Grado II	160-179	100-109 (moderada)
Grado III	180-209	110-119 (severa)
Grado IV	210	120

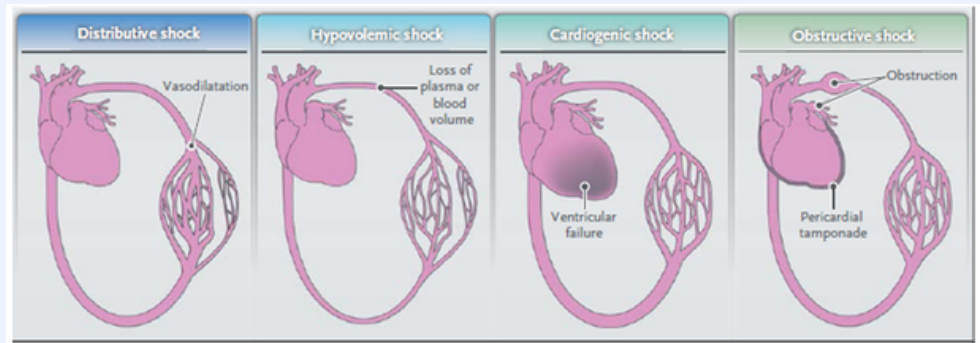
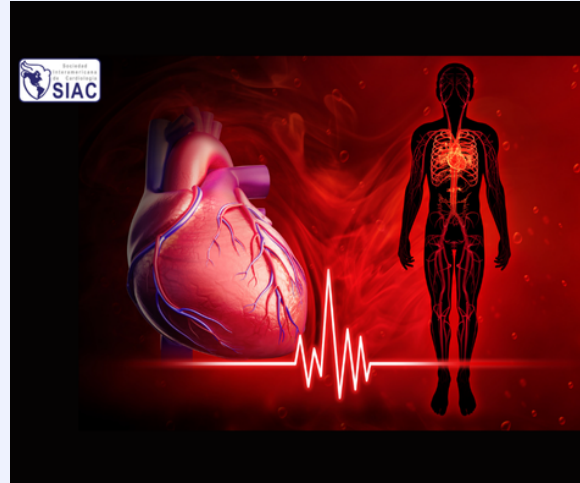
# TROMBOEMBOLIA



Ítems	Puntuación
Diagnóstico alternativo más probable que la TEP	3
Síntomas o signos de TVP	3
Antecedentes de TEP o TVP	1,5
Inmovilización de, al menos, 3 días o cirugía en el último mes	1,5
FC >100 lpm	1,5
Hemoptisis	1
Cáncer en tratamiento activo o paliativo en los últimos 6 meses	1

Probabilidad*	Puntuación
Baja	<2
Media	2-6
Alta	≥6

# SHOCK



## TIPOS DE SHOCK

VYON Value Life

	GC	RVS	PAOP	PVC	ScVO <sub>2</sub>
HIPOVOLÉMICO	↓	↑	↓	↓	↓
CARDIOGÉNICO	↓	↑	↑	N-↑	↓
OBSTRUCTIVO	↓	↑	↑	↑	↓
DISTRIBUTIVO					
Precoz	↓-N-↑	↑-N-↓	N	N-↑	N-↓
Precoz con fluidos	↑	↓	N-↑	N-↑	↓-N-↑
Tardío	↓	↑	N	N	↓