



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA  
CAMPUS COMITÁN



## **Resúmenes**

**Materia: Cardiología**

**Grado: 5°**

**Grupo: "A"**

**Nombre del Alumno:  
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

**Nombre del docente: Dr. Romeo Suarez  
Martinez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de noviembre de 2023.

# Endocarditis Infecciosa

La endocarditis infecciosa suele referirse a la infección del endocardio. El diagnóstico generalmente se basa en una constelación de hallazgos clínicos. Puede aparecer a cualquier edad, los hombres tienen una frecuencia 2 veces mayor que las mujeres. La infección se da por bacterias como streptococos o estafilococos.

## Etiología

Habitualmente son necesarios 2 factores para la endocarditis:

- Una anomalía predisponente del endocardio.
- Microorganismos en el torrente sanguíneo. (bacteremia).

Una bacteremia masiva o la infección por microorganismos particularmente virulentos causan endocarditis en válvulas normales.

## Factores Endocárdicos

La endocarditis suele comprometer las válvulas cardiacas. Los factores predisponentes son: cardiopatías congénitas, enf. valvular reumática, válvulas aórticas tricúspides, prolapso de la válvula mitral, miocardiopatía hipertrofica y endocarditis previa. Los prótesis valvulares y dispositivos intracardiacos aumentan el riesgo.

Es más frecuente del lado izquierdo. Alrededor del 10 al 20% compromete cavidades cardiacas derechas. Los pacientes que usan drogas intravenosas ilícitas tienen una incidencia mucho mayor en cavidades cardiacas derechas 30-70%.

## Microorganismos

Los microorganismos que infectan el endocardio pueden proceder de infecciones distantes o de sitios de entrada evidentes como un catéter venoso central o el orificio de punción de una inyección.

Los microorganismos causantes varían según la localización de la infección, el origen de la bacteremia y los factores de riesgo del huésped, pero en forma global los streptococos y el staphylococcus aureus causan entre 90 y 90% de los casos.

Muchos de los microorganismos causantes producen biopelículas de polisacáridos que los protegen de las defensas inmunes del huésped e impiden la

Evaluación o tratamiento odontológico (para minimizar los focos orales de bacteremia).

Eliminación de la fuente potencial de bacteremia como catéteres internos o dispositivos.

Mantenimiento de la anticoagulación en pacientes con embolia cerebral.

Válvulas nativas: Vancomicina 15-20 mg/kg IV c/ 8-12 hs

Válvulas protésicas: Vancomicina 15-20 mg/kg IV c/ 8-12 hs. + Gentamicina 1mg/kg IV c/ 8 hs + cefepima 2g IV c/ 8 hs o Imipenem 1g IV c/ 6-8 hs.

### Endocarditis No infecciosa

Se refiere a la formación de trombos estériles compuestos de fibrina y plaquetas sobre las válvulas cardíacas y en el endocardio adyacente en respuesta a un traumatismo, complejos inmunitarios circulantes, vasculitis, o un estado de hipercoagulabilidad.

### Etiología

El corazón es relativamente resistente a infecciones, sin embargo, las bacterias y hongos no se adhieren fácilmente a la superficie endocárdica, por lo que son necesarios 2 factores para endocarditis:

- Anormalidad predisponente del endocardio
- Microorganismos en el torrente sanguíneo.

Las vegetaciones no son causadas por una infección. Pueden no detectarse en la evaluación clínica o constituir un nido para la infección posterior.

En ciertos trastornos como lupus eritematoso sistémico, los complejos inmunitarios circulantes pueden promover la formación de vegetaciones friables de fibrina y plaquetas en el área de captación de las válvulas.

En los px con enfermedades constrictiva aórtica, CID, carcinoma metastásico productores de mucina o infecciones aórticas, pueden formarse vegetaciones trombóticas grandes sobre las válvulas y producir embolias.

### Signos y Síntomas

Las vegetaciones, en sí rara vez causan síntomas a menos que su tamaño

# MIOCARDIOPATIAS

Fátima Salazar

La miocardiopatía es una enfermedad del músculo cardíaco, representa 5-10% de los casos de insuficiencia cardíaca. Las miocardiopatías se definen como trastornos caracterizados por miocardio morfológica y funcionalmente anormal en ausencia de cualquier otra enfermedad que sea suficiente, por sí misma, para causar el fenotipo observado.

## Clasificación

La miocardiopatía dilatada, restrictiva e hipertrofica se basó inicialmente en estudios de autopsia, y más tarde en datos electrocardiográficos. La miocardiopatía dilatada e hipertrofica puede diferenciarse con base en el grosor de la pared ventricular izquierda y en el tamaño de las cavidades. La miocardiopatía restrictiva puede tener incremento variable en el grosor de la pared y en las dimensiones de las cavidades cardíacas.

La miocardiopatía restrictiva se define como más a menudo con base en una función diastólica anormal, que también está presente pero al inicio es menos prominente en la miocardiopatía dilatada e hipertrofica. La miocardiopatía restrictiva se superpone, en manifestaciones clínicas, morfológicas microscópicas y causas con las miocardiopatías hipertrofica y dilatada.

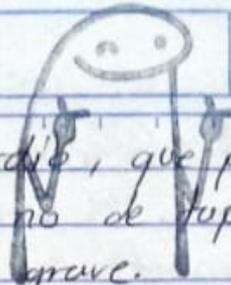
## Presentación General

Para todas las miocardiopatías, los síntomas iniciales a menudo se relacionan con intolerancia al ejercicio; disnea o fatiga, por lo general por reserva cardíaca inadecuada durante el ejercicio, tales síntomas al inicio suelen pasarse por alto. Los 3 tipos de miocardiopatías pueden relacionarse con ingurgitación de las válvulas auriculoventriculares, dolor torácico típico y atípico, taquiarritmias ventriculares y eventos embólicos.

## Etiología

En al menos el 30% de las miocardiopatías dilatadas sin otras

PERICARDITIS



Es la inflamación del pericardio, que puede o no cursar con derrame y acompañarse o no de taponamiento cardíaco, siendo esta la complicación más grave.

Se caracteriza por la tríada de dolor torácico, roce al frote pericárdico y alteraciones en el ECG., se deben cumplir al menos dos criterios.

También se puede presentar un derrame pericárdico asociado a dolor. Los ruidos cardíacos suelen debilitarse. En ocasiones desaparece el frote y se debilita el impulso de la punta.

El dolor suele estar presente en infecciones, es intenso, opresivo, retroesternal y precordial izquierdo y se extiende a cuello, brazo y hombro.

El frote pericárdico es el signo más importante, patognomónico, 85% de los pacientes presenta. Al final de la espiración se escucha como alto, raspado y áspero.

- Fase 1. Supradnivel del ST de concavidad superior y T + todos las derivaciones excepto aVR, desciende y a veces V1. Segmento PR deprimido 80%. inicio de dolor.
- Fase 2. ST regresa a la normalidad y la T se aplana. Persiste el descenso de PR varios días después.
- Fase 3. Ondas T negativas y simétricas en la mayoría de derivaciones por varios días, semanas o meses.
- Fase 4. Normalización del Electrocardiograma.

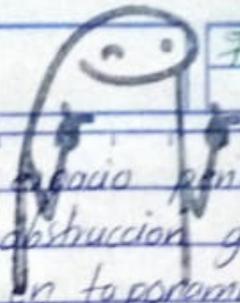
Diagnóstico

La ecocardiografía es la más eficaz. Localiza y calcula la cantidad de derrame, así como también identifica un posible taponamiento.

La presencia de líquido pericárdico se registra en la ecografía bidimensional torácica. El diagnóstico de derrame o engrosamiento pericárdico se puede confirmar con TAC o MRI.

## Taponamiento Cardíaco

Fátima Salazar



La acumulación de líquido en el espacio pericárdico, en una cantidad que basta para ocasionar obstrucción grave de la entrada de sangre en los ventrículos, culmina en taponamiento cardíaco. Esta complicación puede ser mortal si no se identifica y se trata de manera oportuna.

Las causas más frecuentes de taponamiento son pericarditis idiopática y pericarditis secundaria a enfermedad neoplásica, tuberculosis o hemorragia en el espacio pericárdico después de una fuga por obstrucción aórtica, cirugía cardíaca, traumatismo y tratamiento con anticoagulantes.

Las 3 manifestaciones principales del taponamiento (Triada de Beck) son:

- Hipotensión
- Ruidos cardíacos amortiguados o ausentes
- Distensión venosa yugular con descenso x prominente (sistólica temprana), pero con descenso ausente de y (diastólica temprana).

La cantidad necesaria de líquido para producir taponamiento cardíaco puede ser de solo 200 ml. cuando la acumulación es rápida, y de hasta >2000 ml. en derrames de desarrollo lento, cuando el pericardio tuvo oportunidad de estirarse y adaptarse al volumen creciente.

Puede haber disminución de la amplitud de los complejos QRS y el llamado fenómeno de alternancia eléctrica de las ondas P, QRS o T, para despertar la sospecha de taponamiento cardíaco.

El pulso paradójico es una importante pista sobre la presencia de taponamiento cardíaco, y consiste en una disminución inspiratoria mayor de lo normal (10 mmHg) de la presión sistólica. Si el trastorno es muy intenso, se puede detectar al palpar la desaparición o la debilidad del pulso arterial durante la inspiración, pero por lo común se necesita medición esfigmomanométrica de la presión sistólica durante una inspiración respiración lenta.

muy bien



Fátima Salazar

## Enfermedades Valvulares

La válvula tricúspide ocupa el segundo lugar en incidencia después de la válvula mitral y siempre acompaña a la lesión mitral, calificándose como lesión de ambas válvulas, mitral y tricúspide.

La insuficiencia mitral tricúspidea secundaria a la dilatación de la anillo valvular es la causa más frecuente funcional.

La primera causa de enfermedad de la válvula tricúspide es el resultado de uno o varios episodios de infección fúngica por estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A. que ocasiona fiebre reumática aguda provocando un cuadro clínico característico y daño en el endocardio y la válvula.

(Las causas menos frecuentes se dan por:

Infecciones y congénitas).

(Causa aislada)

Sx de carcinóide, enfermedad de Fabry, enfermedad wipple

Causas secundarias)

Empleo de metisergida y algunos anorexígenos

Los síntomas que predominan en la enfermedad de la válvula tricúspide secundaria es la congestión venosa sistémica, edema de miembros inferiores y ascitis.

Estenosis de la válvula tricúspide se ausculta un chasquido de apertura tricúspidea seguido de un retumbo y un reforzamiento presistólico si el paciente conserva el ritmo sinusal.

En los pacientes con estenosis de la válvula tricúspidea el ritmo sinusal existe con una onda "A" gigante y un entorpecimiento del descenso "Y". En los pacientes con insuficiencia tricúspidea severa se muestra una onda "V" prominente en el análisis del pulso yugular, los pacientes con gran dilatación del ventrículo derecho e insuficiencia tricúspidea se puede auscultar un soplo holosistólico que puede localizarse en el apex y que en ocasiones puede confundirse con insuficiencia mitral.

## SINDROMES VASCULITICOS

Las vasculitis constituyen trastornos clinicopatológicos caracterizados por inflamación y daño de los vasos sanguíneos. El interior de los vasos suele mostrar lesión y como resultado, surge isquemia de los tejidos que reciben sangre del vaso afectado.

Puede ser primaria o la manifestación única de una enfermedad, o bien, puede ser componente secundario de otro cuadro patológico. Puede circunscribirse a un solo órgano, como la piel o afectar simultáneamente varios sistemas u órganos.

### Clasificación

Existe enorme heterogeneidad al mismo tiempo que se detecta notable superposición y puntos comunes entre ellos.

#### > Síndromes de vasculitis primaria

(granulomatosis con poliangeítis (Wegener), poliangeítis microscópica, granulomatosis eosinófila con poliangeítis (Churg Strauss), vasculitis por IgA (Henoch-Schönlein), vasculitis crioglobulinémica, poliarteritis nodosa, enfermedad de Kawasaki, arteritis de células gigantes, arteritis de Takayasu, enfermedad de Behcet, síndrome de Cogan, vasculitis de un solo órgano que incluye: angitis leucoctooclásica cutánea, arteritis cutánea, vasculitis primaria del SNC y aortitis aislada.

#### > Síndromes de vasculitis secundaria

Vasculitis vinculada con un origen probable, donde se incluyen: vasculitis farmacoinducida, vasculitis crioglobulinémica por virus de hepatitis C, vasculitis por virus de hepatitis B y vasculitis en cáncer; vasculitis que acompaña a enfermedad sistémica, que incluye: vasculitis lúpica, vasculitis reumatoide y vasculitis por sarcoides.

### Fisiopatología y Patogenia

Casi todos estos síndromes, son mediados, cuando menos en parte, por mecanismos inmunopatogénicos que aparecen en respuesta a algunos estímulos antigénicos.